

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 2022

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Allgemeine Grundsätze

**Teil 2 Festlegung des regionalen Punktwertes in Sachsen und der sächsi-
schen Gebührenordnung (SGO)**

Anlage 1
Grundsätze

Anlage 2
**Förderung von Leistungserbringern in unterversorgten Regionen, in von
Unterversorgung bedrohten Regionen und in Regionen mit lokalem Versor-
gungsbedarf**

Anlage 3
Förderung von Delegationsleistungen

Anlage 4
**Förderung der Versichertenpauschale für Nervenärzte, Neurologen und
Psychiater**

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 Geriatrieversorgung

Anlage 11
Förderung der Palliativversorgung

Anlage 12
Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte

Anlage 13
Förderung der Sonografie der Schilddrüse und des Abdomens

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 2022

Anlage 2
Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen

Anlage 3
Wegepauschalen

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 2022.

§ 6 Sonstiges

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

Teil 2

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

§ 1

Festlegung des regionalen Punktwertes (RPW) in Sachsen

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

Er beträgt mit Wirkung vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022

11,2662 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. Die Anlage hat darzulegen, welche Leistungserbringer, die in diesen Planungsbereichen die Versorgung der Patienten aufrechterhalten, eine Förderung erhalten und wie diese Förderung ausgestaltet ist.

§ 2

Abrechnung, Ausweis im Formblatt 3, Statistik

- (1) Die Förderungen nach den Anlagen 2 bis 15 werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 durch die KV Sachsen nach der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme je Krankenkasse finanzwirksam mit gesonderten KV-spezifischen Förder-Nr. außerbudgetär abgefordert. Davon abweichende Regelungen werden in den Anlagen 2 bis 15 gesondert vereinbart. Die Vertragspartner stimmen dabei für die Förderung der budgetären Leistungen nach den Anlagen 3, 4 und 6 bis 15 dahingehend überein, dass abweichend von § 3 Abs. 3b) auch für die außerbudgetären Leistungen dieser Anlagen u.a. infolge der EGV-Vergütung aufgrund der verschiedenen TSVG-Konstellationen, der nichtvorhersehbaren Inanspruchnahme im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung etc. die Förderungen zur Auszahlung kommen.
- (2) Für Leistungen der Anlagen 2 bis 15 erhält jede Krankenkasse und der jeweilige Verband kassenspezifisch und die GKV zusätzlich je Quartal eine gesonderte Leistungsstatistik zum Zeitpunkt der Rechnungslegung gemäß den Anhängen. Der Nachweis von Förderleistungen für Fremdversicherte für diese Anlagen wird den LVSK gemäß Anhang ausschließlich als GKV je GOP übergeben. Die Statistiken des Anhang 2 zu Anlage 1 Teil 2 sind rechnungsbegründend. Die Anhänge werden im csv-Format übergeben.
- (3) Die technische Anlage zu den Datenlieferungen stimmen die Vertragspartner gesondert ab.

§ 3

Fördervorbehalte

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

Anhang 1 zu Anlage 1 Teil 2

Gesonderte kassenspezifische und GKV- Leistungsstatistik zu den förderungswürdigen Leistungen in Sachsen nach § 2 Abs. 2 für die Anlagen 3 bi

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

Anhang 2 zu Anlage 1 Teil 2

Gesonderte GKV-Leistungsstatistik zu den förderungswürdigen Leistungserbringern in Sachsen nach § 2 Abs. 2 für die Anlage 2

Quartal	Vergleichsgruppe	Bezeichnung	Förderbereich	Planungsbereich	Bezeichnung Versorgungsebene	Kennzeichen (UV, dr. UV, zul. VB)	Anzahl der geförderten Ärzte	Anzahl der geförderten Fälle	Förderbetrag je Fall	Förder-summe

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 Jahr 2019 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 dem 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 Abrechnung

Die Ermittlung der Förderung je Arzt erfolgt nach § 4 Abs. 2 und wird über die Förder-Nr. 99620 vergütet. Durch die KV Sachsen wird zu jeder abgerechneten Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale eines geförderten Arztes die Förder-Nr. als Zuschlag zugesetzt. Dieser Zuschlag wird quotiert vergütet. Die Quote ergibt sich aus dem Leistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99620 abzüglich des Leistungsbedarfs des Schwellwertes nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges, im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99620.

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

$$\frac{(\text{Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620} - \text{Leistungsbedarfs des Schwellwertes nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 unter Berücksichtigung Tätigkeitsumfang})}{\text{Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620}}$$

Sofern der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620 kleiner ist als der Leistungsbedarf des Schwellwertes nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, ist der Wert der Förder-Nr. 0 EUR. Für die Ermittlung der arzt spezifischen Fördersumme wird der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99620 mit dem quotierten Förderbetrag multipliziert.

Dieser quotierte Förderbetrag je Arzt wird mit der Summe der Anzahl aller kassenspezifischen Förder-Nrn. 99620, die auf die zahlungspflichtige Krankenkasse entfallen, multipliziert und ergibt die arzt spezifische Fördersumme je Krankenkasse. Die Summe aller arzt spezifischen Fördersummen je Krankenkasse bildet den Zahlbetrag der Krankenkasse, welcher mit Angabe der Förder-Nr. 99620 im Formblatt 3 ausgewiesen wird.

§ 6 Laufzeit

Die Förderungen werden für 2022 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 01.01.2022)

(Drohende) Unterversorgung und zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
Feststellung gemäß Landesausschuss

Unterversorgung

Fachgruppe Bedarfsplanung	geförderte Ver- gleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGVBeginn	Förderzeitraum MGVEnde
Hautärzte	Hautärzte	29.07.2020	Löbau-Zittau		01.10.2020		01.10.2020	
Hausärzte	Hausärzte	03.11.2021	Crimmitschau		01.01.2022		01.01.2022	
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2021	Reichenbach		01.04.2021		01.04.2021	
Hausärzte	Hausärzte	03.05.2021	Frankenberg-Hainichen		01.07.2021		01.07.2021	
Hausärzte	Hausärzte	03.05.2021	Stollberg		01.07.2021		01.07.2021	
Hausärzte	Hausärzte	03.11.2021	Torgau		01.01.2022		01.01.2022	

Drohende Unterversorgung

Fachgruppe Bedarfsplanung	geförderte Ver- gleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGVBeginn	Förderzeitraum MGVEnde
Augenärzte	Augenärzte	28.07.2021	Freiberg		01.10.2021		01.10.2021	
Augenärzte	Augenärzte	30.04.2020	Mittweida		01.07.2020		01.07.2020	
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	30.04.2020	Döbeln		01.07.2020		01.07.2020	

Hausärzte	Hausärzte	Freiburg	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Freital	01.10.2018			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Görlitz	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Großenhain	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Hohenstein-Ernstthal	01.10.2018			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Hoyerswerda	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Kamenz	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Limbach-Oberfrohna	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Löbau	01.10.2018			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Marienberg	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Meißen	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Mittweida	01.10.2021			01.10.2021
Hausärzte	Hausärzte	Niesky	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Oelsnitz	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Plauen	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Riesa	01.07.2020			01.07.2020
Hausärzte	Hausärzte	Weißwasser	01.01.2022			01.01.2022
Hausärzte	Hausärzte	Werdau	01.10.2016			01.01.2020
Hausärzte	Hausärzte	Zwickau	01.10.2016			01.01.2020
Hautärzte	Hautärzte	Bautzen	01.07.2020			01.07.2020
Hautärzte	Hautärzte	Mittweida	01.10.2021			01.10.2021
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	Löbau-Zittau	01.01.2021			01.01.2021
Kinderärzte	Kinderärzte	Freiburg	01.01.2021			01.01.2021
Kinder- und Jugendpsychiater	Kinder- und Jugendpsychiater	Oberlausitz-Niederschlesien	01.07.2020			01.07.2020
Nervenärzte	Nervenärzte	Bautzen	01.07.2020			01.07.2020
Nervenärzte	Nervenärzte	Freiburg	01.07.2020			01.07.2020
Nervenärzte	Nervenärzte	Torgau-Oschatz	01.10.2021			01.10.2021
Urologen	Urologen	Riesa-Großenhain	01.07.2020			01.07.2020

Urologen	Urologen	30.04.2020	Weißeritzkreis	01.07.2020	01.07.2020	Förderzeitraum MGV Beginn	Förderzeitraum MGV Ende
<u>Zusätzlich lokaler Versorgungsbedarf</u>							
Fachgruppe Bedarfsplanung	Vergleichsgruppe	Beschluss des Landesausschusses	Planungsbereich	Bezugsregion	wirksam ab	wirksam bis	Förderzeitraum MGV Ende
Augenärzte	Augenärzte	29.07.2020	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Niesky	01.10.2020		01.10.2020
Augenärzte	Augenärzte	02.02.2021	Hoyerswerda, Stadt/ Landkreis Kamenz	Kamenz	01.04.2021		01.04.2021
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Plauen, Stadt/ Voigtlandkreis/ SWS	Auerbach	01.01.2022		01.01.2022
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Plauen, Stadt/ Voigtlandkreis/ SWS	Oelsnitz	01.01.2022		01.01.2022
Augenärzte	Augenärzte	03.11.2021	Plauen, Stadt/ Voigtlandkreis/ SWS	Reichenbach	01.01.2022		01.01.2022
Augenärzte	Augenärzte	03.05.2021	Riesa-Großenhain	Großenhain	01.07.2021		01.07.2021
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
Hausärzte	Hausärzte	28.07.2021	Bautzen	Weißenberg	01.10.2021		01.10.2021
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2021	Delitzsch	Krostitz	01.04.2021		01.04.2021
Hausärzte	Hausärzte	28.07.2021	Dippoldiswalde	Altenberg	01.10.2021		01.10.2021
Hausärzte	Hausärzte	02.02.2021	Oschatz	Mügeln	01.04.2021		01.04.2021
Hausärzte	Hausärzte	28.07.2021	Radeberg	Pulsnitz	01.10.2021		01.10.2021
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
HNO-Ärzte	HNO-Ärzte	02.02.2021	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Weißwasser	01.04.2021		01.04.2021

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	
Kinderärzte	Kinderärzte	31.01.2018	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	Reichenbach	01.04.2018	01.01.2020	
Kinderärzte	Kinderärzte	28.07.2021	Torgau-Oschatz	Torgau	01.10.2021	01.10.2021	
Nervenärzte	Nervenärzte	02.02.2021	Hoyerswerda, Stadt/ Landkreis Kamenz	Hoyerswerda	01.04.2021	01.04.2021	
Nervenärzte	Nervenärzte	29.07.2020	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Weißwasser	01.10.2020	01.10.2020	
Urologe	Urologe	28.07.2021	Bautzen	Bischofswerda	01.10.2021	01.10.2021	

(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	1.593,6	1.576,3	1.520,5	1.493,9	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 nichtärztliche 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 Patienten. Die Bindung der Pati-

enten 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, 38200 und 38105, 38205 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, 38200 und 38105, 38205 EBM) und die Anzahl der Praxen, die eine Genehmigung für eine NÄPa haben im Vergleich zu 2019.

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Auf die GOPen 03062, 03063, 38100, 38200 und 38105, 38205 EBM (inkl. Buchstabenkennung) wird ein Zuschlag gezahlt. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt. Folgende Zuschläge kommen zur Auszahlung:

GOP 03062: mit der Förder-Nr. 99623A in Höhe von 12,45 EUR
GOP 03063: mit der Förder-Nr. 99623B in Höhe von 9,15 EUR
GOP 38100: mit der Förder-Nr. 99623C in Höhe von 5,70 EUR
GOP 38105: mit der Förder-Nr. 99623D in Höhe von 2,93 EUR
GOP 38200: mit der Förder-Nr. 99623E in Höhe von 6,75 EUR und
GOP 38205: mit der Förder-Nr. 99623F in Höhe von 6,23 EUR.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 befristet.

Anlage 4 zu Teil 2

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

Förderung der Versichertenpauschalen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater

§ 1 Versorgungsmangel

Aufgrund des demografischen Wandels ist in Sachsen weiterhin mit einer Zunahme des Bedarfs an medizinischer Versorgung, insbesondere bei Nervenärzten, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Neurologen bzw. Psychiatern zu rechnen. Bereits gegenwärtig kann der Bedarf nur unzureichend gedeckt werden.

Terminanfragen bei der Terminservicestelle (TSS) zu den vorgenannten Fachgruppen stellen eine der größten Anzahlen an Terminwünschen an eine bestimmte Fachgruppe dar. Im Mittel der berechtigten Vermittlungswünsche gingen auf die Fachgruppe der Nervenärzte, welche nach Bedarfsplanungs-Richtlinie die o. g. Fachgruppen umfasst, im Jahr 2019 20,00 Prozent und im Jahr 2020 14,35 Prozent aller Terminwünsche aller Fachgruppen zurück. Die Fachgruppe der Nervenärzte i. S. d. Bedarfsplanung stellt damit neben den Fachgruppen der Haus- und Augenärzte bzw. Fachinternisten die am stärksten nachgefragte Fachgruppe in Bezug auf Terminanfragen der TSS dar. Die fristgerechte Terminvermittlungsquote betrug im Jahr 2019 60,79 Prozent sowie 2020 31,62 Prozent und lag damit über dem Durchschnitt anderer Fachgruppen (2019: 52,35 Prozent; 2020: 28,87 Prozent).

Die bestehenden Kapazitätsengpässe und die hohe Anzahl an Terminnachfragen sind Belege dafür, dass ein überdurchschnittlicher Bedarf besteht. Dieser überdurchschnittliche Bedarf spiegelt sich auch darin wieder, dass durchschnittlich in Sachsen bis 2019 mehr Behandlungsfälle durch die genannten Fachgruppen erbracht wurden als im Bundesdurchschnitt.

Anzahl Behandlungsfälle je Arzt	Nervenheilkunde		Neurologie		Psychiatrie		Mittelwert		Sachsen zu Bund
	Sachsen	Summe alle Bundesländer	Sachsen	Summe alle Bundesländer	Sachsen	Summe alle Bundesländer	Sachsen	Summe alle Bundesländer	
Mittelwert 2019	875	873	717	650	760	541	784	688	113,916%

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Honorarbericht nach § 87c SGB V 1. Quartal 2013 bis 2. Quartal 2020; Stand Juli 2021

Daher ist es erforderlich, zusätzliche Behandlungskapazitäten für die ambulante und wohnortnahe Behandlung der Patienten auch weiterhin zu gewährleisten und Ärzten Anreize zu setzen, auch künftig im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überdurchschnittlich viele Behandlungen vorzunehmen.

§ 2 Ziele

Ziel dieser Förderung ist gemäß dem 456. Beschluss des Bewertungsausschusses Nr. 2 Anstriche 2 und 3 die Sicherstellung und Verbesserung der wohnortnahen ambulanten neurologischen und psy-

chiatrischen Versorgung. Hierdurch können möglicherweise Krankenhauseinweisungen und sich abzeichnende Versorgungsmängel vermieden werden. Der fristgerechte Zugang für die Patienten zum Facharzt soll verbessert werden. Die Förderung der neurologischen, psychiatrischen und nervenärztlichen Grundpauschalen soll bei sinkender Anzahl der erbringenden Ärzte die Anzahl der durchgeführten Behandlungsfälle stabilisieren.

§ 3 Messbarkeit der Förderung

- (1) Um die Verbesserung der Versorgung messen zu können, prüfen und bewerten die Gesamtvertragspartner quartalsweise insbesondere
 - a. die Anzahl der geförderten Ärzte in der jeweiligen Fachrichtung, getrennt nach Planungsbereich, die die Behandlungen durchführen sowie
 - b. die Anzahl der Behandlungsfälle der geförderten Ärzte je Fachrichtung, getrennt nach Planungsbereich im Vergleich zu 2019 und
 - c. die Entwicklung der Terminanfragen und Terminvermittlungsquote.
- (2) Die Daten werden den LVSK 14 Tage nach Rechnungslegung übermittelt.
- (3) Eine Bewertung der Zielerreichung erfolgt durch die Gesamtvertragspartner nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen, beginnend ab dem 1. Quartal 2022. Nach Vorlage von zwei Abrechnungsquartalen erfolgt bereits eine gemeinsame Betrachtung der Zwischenergebnisse.

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) Die Förderung der Grundpauschalen erfolgt für Behandlungsfälle, die über 80% des Quartalsdurchschnitts der jeweiligen Vergleichsgruppe (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater) des Jahres 2019 liegen, mit 17,00 EUR. Die Förderung wird von der KV Sachsen für jede abgerechnete Grundpauschale 16210, 16211, 16212, 21210, 21211, 21212, 21213, 21214 und 21215 EBM mit der Förder-Nr. 99621 zugesetzt. Dabei wird der Tätigkeitsumfang der betreffenden Ärzte berücksichtigt.
- (2) Die Durchschnittswerte des Jahres 2019 sind:

Gruppe	durchschnittliche Fallzahl pro Quartal 2019	davon 80% (Schwellwert)
Nervenärzte	986,3	789,0
Neurologen	1.084,7	867,8
Psychiater	864,2	691,4

- (3) Die Höhe des Zuschlags nach der Förder-Nr. 99621 wird je Arzt wie folgt quotiert:

Hierzu wird jeder anspruchsberechtigten Grundpauschale eine Förder-Nr. 99621 (Grundpauschalen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater) von der KV Sachsen zugesetzt.

Vom Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99621 wird dann der Leistungsbedarf des Schwellwertes nach Abs. 2, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges, abgezogen und im Verhältnis zu Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 99621 quotiert. Die Quotierung der Förder-Nr. 99621 erfolgt somit wie folgt:

(Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99621 - Leistungsbedarf des Schwellwertes nach Abs. 2 unter Berücksichtigung Tätigkeitsumfang) / Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99621.

Sofern der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99621 kleiner ist als der Leistungsbedarf des Schwellwertes nach Abs. 2 ist der Wert der Förder-Nr. 0 EUR. Für die Ermittlung der arzt-spezifischen Fördersumme wird der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 99621 mit dem quotierten Förderbetrag multipliziert.

- (4) Der Zahlbetrag der zahlungspflichtigen Krankenkasse ergibt sich aus dem quotierten Förderbetrag je Arzt, multipliziert mit der Anzahl der auf die zahlungspflichtige Krankenkasse entfallenden Förder-Nrn. 99621 des Arztes und ergibt die arzt-spezifische Fördersumme je Krankenkasse. Die Summe aller arzt-spezifischen Fördersummen je Krankenkasse bildet den Zahlbetrag der Krankenkasse, welcher mit Angabe der Förder-Nr. 99621 im Formblatt 3 ausgewiesen wird.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2023 befristet.

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 2022 steigt um 1 bis 2 % auf mindestens 51% der Lebendgeburten des Jahres 2021. (Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen)

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK spätestens 14 Tage nach Rechnungslegung

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

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

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 Förder-Nr. 99666 an. Sofern für die GOP 01716 EBM Buchstabenkennungen vergeben wurden, gilt die Förderung analog für diese.

§ 5

Laufzeit

Diese Förderung ist befristet bis zum 31.12.2022.

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 im fachärztlichen Versorgungsbereich

§ 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 1. Oktober 2021 von insgesamt 92 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 tätiger 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, gekennzeichnet nach Hausarzt und Facharzt, 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 beim Honorarfonds Schmerztherapie (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

- (1) Die fachärztlichen Schmerztherapeuten erhalten auf die schmerztherapeutischen Leistungen einen Zuschlag gezahlt. Dieser hat sich je GOP an der unteren Konvergenzgrenze in Höhe von 75,878 % auf der Datensimulation der KV Sachsen zum Jahr 2019 unter Berücksichtigung des EBM-Effektes 2020 zur Differenz der bisherigen Förderquote von 92,5 % ergeben.

Die jeweilige Höhe der Zuschläge beträgt

GOP 30700: mit der Förderung nach Nr. 99630A: 7,38 EUR

GOP 30702: mit der Förderung nach Nr. 99630B: 9,33 EUR

GOP 30704: mit der Förderung nach Nr. 99630C: 5,60 EUR

GOP 30706: mit der Förderung nach Nr. 99630D: 1,61 EUR

GOP 30708: mit der Förderung nach Nr. 99630E: 3,16 EUR.

Die KV Sachsen sichert zu, dass der für das Jahr 2019 im Rahmen der HVM-Konvergenz simulierte Honoraranteil für die schmerztherapeutischen Leistungen auch im Jahr 2022 für die Honorierung der hier genannten Leistungen eingesetzt wird.

- (2) Die kassenspezifische Abrechnung wird von der KV Sachsen wie folgt vorgenommen: Die Fördersumme je Praxis nach § 4 Abs. 1 wird unter Beachtung von Fallzahlobergrenzen für die GOP 30702 und 30704 EBM festgestellt. Die Abstufung der genannten Förder-Nr. erfolgt analog der Abstufung der GOP 30702 und 30704 gemäß EBM. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt. In der kassenspezifischen Abrechnung im Formblatt 3 erscheint für diese beiden GOPen der jeweils quotierte kassenspezifische Förderbetrag und für die GOPen 30700, 30706 und 30708 der vereinbarte Förderbetrag.

§ 5

Laufzeit

Diese Förderung ist befristet für 2022.

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 hypertensiven 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 1.792 Anfragen an die Terminservicestelle lediglich 483 (26,95 %) vermittelt werden (Auswertung Terminservicestelle für das Quartal 1/2021).

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 vier Planungsbereichen wurde durch den Landesausschuss zum Stand Oktober 2021 drohende Unterversorgung festgestellt. In sechs Planungsbereichen wurden durch den Landesausschuss zum Stand Oktober 2021 ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf 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 2019 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) ein Zuschlag gezahlt. Die KV Sachsen setzt den Zuschlag je Behandlungsfall zu. Folgender Zuschlag kommt zur Auszahlung:

GOP 06225: mit der Förder-Nr. 99625 jeweils 1 EUR

- (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 die Förder-Nr. 062250 (Zuschlag analog zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) von der KV Sachsen zugesetzt.

Die Höhe des Zuschlags nach der Förder-Nr. 062250 wird je Arzt wie folgt quotiert:

Von dem Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 062250 wird der Leistungsbedarf des Schwellwertes von 450 Leistungen der Förder-Nr. 066250, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges, abgezogen und im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf der zugesetzten Förder-Nr. 062250 quotiert. Die Quotierung der Förder-Nr. 062250 erfolgt somit wie folgt:

(Gesamtleistungsbedarf der Nr. 062250 – Leistungsbedarf von 450 Leistungen der Förder-Nr. 062250 unter Berücksichtigung Tätigkeitsumfang) / Gesamtleistungsbedarf der Nr. 062250. Sofern der Gesamtleistungsbedarf der Nr. 062250 kleiner ist als der Leistungsbedarf von 450 Leistungen nach der Förder-Nr. 066250, ist der Wert der Förder-Nr. 0 EUR. Für die Ermittlung der arzt spezifischen Fördersumme wird der Gesamtleistungsbedarf der Förder-Nr. 062250 mit dem quotierten Förderbetrag multipliziert.

Der Zahlbetrag der zahlungspflichtigen Krankenkasse ergibt sich aus dem quotierten Förderbetrag je Arzt, multipliziert mit der Anzahl der auf die zahlungspflichtige Krankenkasse entfallenden Förder-Nr. 062250 des Arztes und ergibt die arzt spezifische Fördersumme je Krankenkasse. Die Summe aller arzt spezifischen Fördersummen je Krankenkasse bildet den Zahlbetrag der Krankenkasse, welcher mit Angabe der Förder-Nr. 062250 im Formblatt 3 ausgewiesen wird.

§ 5 Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 Gesamtr Vertragspartner 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 bzw. unter Angabe der Kennzeichnungs-Nr. 99903 behandelt wurden und ob sich die für Sachsen festgestellten Abbruchquoten verringern. Für die Messbarkeit wird die Entwicklung der Patientenanzahl in den Behandlungsjahren ab 2019 geprüft. Da es sich bei der oralen Immuntherapie bis 2019 um eine nicht gesondert abgerechnete Behandlung handelt, sind Auswertungen erst 2020 möglich.

Messgröße:

Für die subkutane und orale Immuntherapie:

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

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 Kennzeichnungs-Nr. 99903, je vorliegendes Abrechnungsquartal 2022 und je Abrechnungsquartal 2020 und 2021, je Planungsbereich)
- Abbruchquote (je vorliegendes Abrechnungsquartal 2022 zu 2021 und zu 2020 im Vergleich zu dem Abrechnungsquartal 2021 zu 2020 und nur für die subkutane Immuntherapie zusätzlich zu 2019)

§ 4 Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) 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 (Förder-Nr. 99675A) gefördert. Der erste Arzt-Patienten-Kontakt im dritten Krankheitsfall (3. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag in Höhe von 40,00 EURO (Förder-Nr. 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 Kennzeichnungs-Nr. 99903 markierten Versichertenpauschale in Höhe von 20,00 EURO (Förder-Nr. 99675A) gefördert. Der erste Arzt-Patienten-Kontakt im dritten Krankheitsfall (3. Behandlungsjahr) wird mit einem Zuschlag auf die

mit der Kennzeichnungs-Nr. 99903 markierten Versichertenpauschale in Höhe von 40 EURO (Förder-Nr. 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 2022 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 Versorgungsleistungen überwiesen werden, soweit dies erforderlich ist.

Die Zahl der Leistungserbringer mit Stand zum 1. Oktober 2021 von 182 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 2021 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 2022
- 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 Zuschlag je Behandlungsfall. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt. Folgender Zuschlag kommt zur Auszahlung:

GOP 04355 EBM: mit der Förder-Nr. 99645 jeweils 2,21 EUR

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 Geriatrieversorgung

§ 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-)Morbidität. 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.

§ 3

Messbarkeit, Evaluation und Datenlieferung

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

Messgröße:

Die Anzahl der geförderten geriatrischen Patienten steigt um 1 bis 3 % gegenüber 2019.

Die KV Sachsen übermittelt den LVSK je Abrechnungsquartal im Vergleich zu 2019 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)

§ 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 13,00 EURO über die Förder-Nr. 99676G. Die Förderungen werden von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 patientenzentrierten Palliativversorgung

§ 1

Versorgungsmangel

Patienten in der Palliativversorgung benötigen eine höhere Betreuung. Dieser ist im regulären Praxisbetrieb nur bedingt abzubilden. Die Förderung soll es dem Arzt ermöglichen, entsprechende Freiräume bereitzustellen.

§ 2

Ziele der Förderung

Es 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

Evaluation und Datenlieferung

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 Palliativpatienten durchführen,
- Anzahl der Hausbesuche für Palliativpatienten (GKV-Wert)

§ 4

Umsetzung der Förderungen und Abrechnung

Im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung bei Erwachsenen und Kindern wird für Patienten der Hausbesuch je abgerechneter GOP 03372, 03373, 04372 oder 04373 des EBM inkl. Buchstabenkennung mit einem Zuschlag gefördert. Da die zu fördernden GOP 03372 bzw. 04372 gemäß EBM einer Begrenzung pro Behandlungstag ("Höchstwert") unterliegen, erfolgt in diesen Konstellationen eine finanzneutrale Förderung mittels Nr. 99676Q. Die Förderungen werden von der KV Sachsen zugesetzt. Folgender Zuschlag kommt entsprechend der jeweiligen Bestimmungen des EBM zur Auszahlung:

GOPen 03372, 03373, 04372, 04373: mit der Förder-Nr. 99676P jeweils 6,20 EUR
Höchstwerte 03374 und 04374: mit der Förder-Nr. 99676Q jeweils 31,00 EUR

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 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 % im Vergleich zu 2019.

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 2019 (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 im Vergleich zu 2019.

§ 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. Der o.g. Zuschlag in Höhe von 20,00 EURO wird auch in Fällen gewährt, in denen die GOP 04430 EBM inkl. Buchstabenkennung abgerechnet wird. Der Zuschlag wird nur einmal im Behandlungsfall gewährt. Die Förderung gem. Förder-Nr. 99674 wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 Sonografie der Schilddrüse und des Abdomens

§ 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 die 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.

Mit Wirkung für das Jahr 2022 präzisieren die Vertragspartner die Förderstrategie. Die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse und des Abdomens sind mit Abstand die leistungsstärksten Ultraschalluntersuchungen in der Grundversorgung und sind daher im Sinne einer Schwerpunktförderung besser als eine allgemeine Förderung aller sonografischen Leistungen geeignet, die Versorgung mit sonografischen Leistungen zu stärken und andere bildgebende Verfahren (CT, MRT) zu vermeiden. Die Vertragspartner geben daher die bisherige Förderung aller sonographischen Leistungen des Kapitels 33 des EBM auf und konzentrieren die Förderung auf die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse (GOP 33012 EBM) und des Abdomens (GOP 33042 EBM).

§ 2 Ziele der Förderung

Um die flächendeckende Versorgung mit sonografischen Leistungen der Schilddrüse und des Abdomens 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 der Schilddrüse und des Abdomens 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 des Abdomens und der Schilddrüse erbringen, um 0 % bis 1 % sowie der entsprechenden Leistungserbringer um 1 bis 3 % im Vergleich zu 2019. Die Gesamtanzahl der entsprechend geförderten Sonografien erhöht sich um 2 bis 4 % gegenüber 2019.

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

- Leistungshäufigkeit der Leistungen gemäß § 4 (GKV-Wert),
- Anzahl der entsprechenden Genehmigungsinhaber und Leistungsabrechner im Vergleich zu 2019
- Leistungshäufigkeit der CT und MRT- Leistungen (GKV-Wert)

Mitte 2022 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 33012 und 33042 EBM inkl. Buchstabenkennung mit einem Zuschlag. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt. Folgende Zuschläge kommen zur Auszahlung:

GOP 33012: mit der Förder-Nr. 99633 jeweils 2,00 EUR
GOP 33042: mit der Förder-Nr. 99634 jeweils 4,00 EUR
GOP 33042A: mit der Förder-Nr. 99634A jeweils 2,00 EUR.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 1. Juli 2021 durch die Vertragspartner festgestellt wurde, dass bei Kinder- und Jugendpsychiatern in zwei Gebieten ein Versorgungsgrad von 74.6 % (Südsachsen) bzw. 59,2 % (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 im Vergleich zum entsprechenden Quartal 2019 um 1 bis 3 %, entsprechend erfolgt auch eine

Steigerung der Fälle in denen die GOPen 14220 oder 14222 abgerechnet werden. Bei den Patientenzahlen mit Leistungen nach Kap. 35.2 EBM soll eine Senkung um 3 % im Vergleich zu 2019 erfolgen.

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 2019
- Anzahl der Patienten mit Leistungen nach Kap. 35.2 EBM bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern im Abrechnungsquartal und 2019
- Leistungshäufigkeit der GOP 14220 und 14222 EBM (GKV-Wert) im Abrechnungsquartal und 2019.

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

Die Förderung der GOP 14220 EBM erfolgt durch einen Zuschlag nach der Förder-Nr. 99690A in Höhe von 5,00 EURO. Die Förderung der GOP 14222 EBM erfolgt durch einen Zuschlag nach der Förder-Nr. 99690B in Höhe von 3,00 EURO. Die Förderung wird von der KV Sachsen zugesetzt.

§ 5

Laufzeit

Die Förderung ist bis 31. Dezember 2022 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 Tomographietechnik 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 Versorgungsempfängern, werden die Entwicklungen je Planungsbereich erhoben.

Messgröße:

Es erfolgt eine Messung der Anzahl der geförderten Leistungen im Jahr 2022. Gleichzeitig erfolgt eine Messung des theoretischen Potentials der Förderungen in den Jahren 2022 und 2019.

Der Anteil der geförderten CT- und MRT-Leistungen im Jahr 2022 beträgt im Vergleich zu den abgerechneten CT- und MRT-Leistungen nach § 4 a) und b) für die betreffende Patientenklintel 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 Patientenklintel gemäß § 4
- davon die Anzahl der geförderten CT- und MRT-Leistungen nach § 4 a) und b) im Abrechnungsquartal
- Potential der Förderung (Simulation) im Jahr 2022 im Vergleich zum Quartal 2019 je Planungsbereich
- Anzahl der Komplextermine im Abrechnungsquartal im Vergleich zu den entsprechenden Abrechnungen 2019 je Planungsbereich

§ 4

Umsetzung der Förderung und Abrechnung

- (1) 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 behandelnden 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 Förder-Nr. 99678C abgerechnet und vergütet werden in Höhe von 40 EURO. Die Förder-Nr. 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 Förder-Nr. 99678M abgerechnet und vergütet werden, einmal im Behandlungsfall, in Höhe von 40 EURO.

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 2022.

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 2022 – 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 2022

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 einver-

nehmlich 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 2022 ist der Aufsatzwert des Vorjahresquartals nachträglich zu korrigieren. Dies ist erforderlich, da die Basisberechnungen für die Jahre 2018 bis 2021 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 2022 ermittelt werden kann.

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

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 Abstaffelungsquote angewandt.
2. Für die **KV-spezifische Abstaffelungsquote** gilt, dass diese ermittelt wird, in dem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus den Daten der Satzart 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 Abstaffelungsquote wird kaufmännisch auf 4 Stellen nach dem Komma gerundet.
3. Für die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu verwendende **Quote für die Bereinigung von Selektivverträgen** nach Punkt 5.4.1 (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 489. 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 ARZTRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen, mit der Abstaffelungsquote von 1 multipliziert und

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

5. Gemäß dem 570. Beschluss des Bewertungsausschusses werden **die Leistungen der Präeklampsie** der GOPen 32362 und 32363 vom 1. Quartal 2022 bis 4. 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 Abstaffelungsquote nach Abs. C2 multipliziert und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
6. 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 Abstaffelungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.
7. Gemäß dem 54. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil B werden die **Leistungen von Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie** vom 3. Quartal 2021 bis zum 2. Quartal 2022 in die MGV überführt. Dazu werden die Leistungsmengen der GOPen 32459, 32774 und 32775 des EBM des jeweiligen Vorjahresquartals aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA_SUM mit MGV-Kennzeichen „2“ nach regionaler Euro-Gebührenordnung entnommen und durch den regionalen Punktwert des Vorjahresquartals dividiert. Es wird die Abstaffelungsquote von „1“ angesetzt. Die so ermittelte Leistungsmenge wird dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

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

1. 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 2022 verringert sich der Behandlungsbedarf basiswirksam je Quartal um jeweils 1.632.000 Punkte und für das 3. und 4. Quartal 2022 je Quartal um 133.000 Punkte.
2. Gemäß dem 563. Beschluss des Bewertungsausschusses wird der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals infolge der geringeren erforderlichen Finanzierung zum **Einsatz von Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie** im 1. und 2. Quartal 2022 je Quartal um 1.329.734 Punkte basiswirksam abgesenkt.
3. Gemäß dem 74. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil B i. V. m. Teil C wird der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals infolge der Neuaufnahme der **Hygienezuschläge** in den EBM vom 1. bis 4. Quartal 2022 je Quartal um 12.102.108 Punkte basiswirksam erhöht.

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 571. 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 0,0403 % 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. Bestandskräftige Entscheidungen zu Honorarberichtigungen aus sachlich-rechnerischer Richtigstellung, insbesondere aus **kassenseitigen Prüfanträgen** für Leistungsquartale ab dem 1. Quartal 2012 werden bei der jeweils nächstfolgenden Berechnung der Anteilsbildung kassenspezifisch berücksichtigt. Eine rückwirkende Änderung der Datengrundlagen zur Bestimmung der Aufsatzwerte (ARZTRG- und KASSRG-Daten) für das die Honorarberichtigung betreffende Quartal findet nicht statt.
3. Hat eine Krankenkasse vom **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**) zu ermittelnden Betrag erhöht. Dieser ergibt sich aus der vom Bewertungsausschuss für das jeweilige Quartal 2021 festgesetzten Punktmenge zuzüglich der Anpassungen um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss empfohlenen Raten 2021, abzüglich der Anpassungen um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss empfohlenen Raten 2022, multipliziert mit dem vom Bewertungsausschuss festgelegten KV-spezifischen Faktor. Es ergeben sich folgende Berechnungen und zu berücksichtigende Beträge:

1. Quartal 2022: $(69.200.943 \text{ Punkte} * (1 + 0,2556\%) * (1 - 0,1909\%) * 3,9471\%) = 2.733.184,3$
Punkte

2. Quartal 2022: $(72.359.000 \text{ Punkte} * (1 + 0,2556\%) * (1 - 0,1909\%) * 3,9471\%) = 2.857.916,0$
Punkte

3. Quartal 2022: $(72.422.832 \text{ Punkte} * (1 + 0,2556\%) * (1 - 0,1909\%) * 3,9471\%) = 2.860.437,2$
Punkte

4. Quartal 2022: $(66.334.530 \text{ Punkte} * (1 + 0,2556\%) * (1 - 0,1909\%) * 3,9471\%) = 2.619.971,5$
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 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2021. 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 569. 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 0,1909 % basiswirksam gesteigert. Die **morbiditätsbedingte Veränderungsrate** ergibt sich aus der Wichtung 50:50 der diagnosebezogenen Rate in Höhe von 0,2038 % und der demografiebezogenen Rate in Höhe von 0,1780 %.
2. Weiterhin sind nach dem Beschluss die **vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen** je Versicherten der Krankenkasse multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl im Vorjahresquartal zu addieren.
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 Versorgungsumfanges des Selektivvertrages. Die Differenzbereinigungsmenge in Punkten (positiv oder negativ) ist vom vereinbarten Behandlungsbedarf in Punkten nach Abs. I abzuziehen. Ein positiver Wert stellt einen Abzug vom Behandlungsbedarf, ein negativer Wert eine Zusetzung dar. Die Ermittlung der Werte ergibt sich aus den Bereinigungsverträgen. Die Werte zur Ermittlung der Bereinigungsmengen ergeben sich aus den im Vorfeld vorläufig abgestimmten Berechnungen der KV Sachsen mit den betreffenden Krankenkassen bzw. Kassenverbänden.

K Ermittlung der zahlungsrelevanten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

1. Die nach Abs. J ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe für alle Versicherten mit Wohnort in Sachsen werden auf eine Stelle nach dem Komma kaufmännisch gerundet und in Punkten ausgewiesen. Eine konkrete Benennung des Wertes des Gesamtbehandlungsbedarfes jedes Quartals kann erst nach den in Abs. A dargelegten Korrekturen erfolgen. Dieser Gesamtbehandlungsbedarf wird jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergibt die MGV je Quartal des aktuellen Jahres, die auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet wird. Der Ausweis der Summe der MGV für die GKV erfolgt je Quartal im Schritt 3 der Behandlungsbedarfsberechnungen. Des Weiteren werden die kassen-spezifischen MGV-Anteile in Prozent ausgewiesen.
2. Von der nach Abs. K 1. ermittelten MGV werden gemäß dem 563. Beschluss des Bewertungsausschusses im 1. und 2. Quartal 2022 je Quartal 74.100 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.

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 3 werden im Vertragszeitraum außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der SGO vergütet.

§ 4

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

- (1) Zahlungen für Leistungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind einmalig und nicht basiswirksam.
- (2) Die Feststellung eines eventuellen Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen wird durch den Bewertungsausschuss in Empfehlungen weitergehend konkretisiert. Die vom Bewertungsausschuss vorgesehenen Empfehlungen sind zu berücksichtigen.

- (3) Die Feststellung eines Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen treffen die KV Sachsen und die LVSK gemeinsam. Die in diesem Zusammenhang anfallenden ärztlichen Leistungen sind durch den Arzt bei der Abrechnung zu kennzeichnen. Die Kennzeichnung ergibt sich entweder aus Vorgaben des Bewertungsausschusses oder wird von der KV Sachsen und den LVSK gemeinsam festgelegt. Die Vergütung der gekennzeichneten Leistungen erfolgt nach Rechnungslegung durch die KV Sachsen analog den in § 8 vereinbarten Zahlungsfristen.

§ 5

Honorarkürzungen der KV Sachsen

- (1) Durch die KV Sachsen wird die Honorarkürzung der betreffenden Ärzte 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 § 291b Abs. 5 SGB V ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 291b Abs. 5 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 2,50% der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet.
- (3) Aus der anteiligen Honorarkürzung gemäß § 341 Abs. 6 SGB V ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß Teil 3 § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 341 Abs. 6 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 1,00 % der gemäß Teil 3 § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet, sofern die Honorarkürzung nicht bereits nach § 291b Abs. 5 SGB V erfolgte.

§ 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) Der Nachweis der betreffenden Leistungen erfolgt gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie. Sofern erforderlich, übermittelt die KV Sachsen spätestens mit dem Rechnungsbrief ergänzende Leistungsstatistiken.
- (7) Die Verrechnungen zwischen der KV Sachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung am Leistungsort richten sich ausschließlich nach der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V.

§ 7 Kostenerstattung

- (1) Für die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, wird eine Verrechnung des basiswirksamen Behandlungsbedarfs je Versicherten mit der Gesamtvergütung durchgeführt, sofern diese Versicherten in der Satzart ANZVER87a_IK, Feld-Nummer 22 aufgeführt sind.
- (2) Es erfolgt ein pauschaler Abzug in Höhe von 50 % des quartalsweisen durchschnittlichen kassenindividuellen Behandlungsbedarfs je Versicherten (Berechnungsstand zum Zeitpunkt der Erstrechnungslegung).
- (3) Im Formblatt 3 erfolgt die Gutschrift mittels Vorgang 212.

§ 8 Abschlags- und Restzahlungen

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 An-

lage 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. Im Formblatt 3 (mit den Daten bereichseigener und bereichsfremder Ärzte sowie deren Summe) erfolgt die Ausweisung der regionalen Vereinbarungen zwischen KVS und LVSK bzw. sächsischen Einzelkassen in einer Gliederungstiefe bis Ebene 6. Sofern davon abgewichen werden soll, verständigen sich die jeweiligen Vereinbarungspartner bilateral bzw. in den regionalen Vereinbarungen. Davon unberührt bleibt der Ausweis von Leistungen nichtsächsischer Vereinbarungen.
- (3) Zusätzliche in dieser Vereinbarung vereinbarte Datenlieferungen erfolgen über sFTP-Server oder KOSY im csv-Format. Bei Lieferungen in anderen Formaten prüft die KV Sachsen eine Umstellung des Lieferformates.

Anlage 1 zu Teil 3

Berechnungsschema für die Ermittlung des vereinbarten Behandlungsbedarfs der Quartale des Jahres 2022

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. unbesetzt
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, ab 1. Oktober 2021 auch mit einem Depotpräparat (GOPen 01950 bis 01953 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 Konsiliariumsverfahrens,
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 EBM),
19. antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM aller Ärzte und Psychotherapeuten,
20. Probatorische Sitzungen (GOPen 35150D, 35150P, 35150Q und 35150R EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Leistungserbringer,
21. Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOPen 13594, 13596 bis 13598, 13620 bis 13622 und 13970 bis 13972), GOP 13603 EBM befristet bis 30. September 2022
22. Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse sowie pädiatrische Versichertenpauschalen wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOPen 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04000I, 04040K, 04000L, 04040L, 04000M, 04000N, 04000O, 04000P und 04000Q, GOP 04567 EBM befristet bis 30. September 2022
23. unbesetzt
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 Soziotherapie (GOPen 30810 und 30811 EBM)

32. bis 31. März 2023: Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611 EBM),
33. Besondere genetische Untersuchungen (GOPen 11302 [vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2023], 11601, 32865 und 32911, Abschnitt 19.4.2 EBM) (befristet bis 30. Juni 2023) sowie GOPen 19412, 19422 und 19427 und Companion Diagnostic Abschnitt 19.4.4 EBM mit Höchstwerten sowie GOP 19457 bis 19459 EBM),
34. spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
35. unbesetzt
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. unbesetzt
43. Glukosemessung (GOPen 03355, 04590 und 13360 EBM),
44. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOPen 35151 und 35152 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. unbesetzt,
49. unbesetzt
50. bis 31. Dezember 2023: Notfalldatenmanagement (GOPen 01640 bis 01642) EBM,
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. Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens GOP 01645

ab 1. April 2020 bis 31. März 2023 zur Indikation Schulterarthroskopie
ab 1. Juli 2021 bis 30. Juni 2024 zur Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom
ab 1. April 2021 bis 31. März 2024 zum geplanten Kniegelenkersatz

(GOP 01645C – Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Arthroskopie am Schultergelenk)
(GOP 01645D – Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren bei geplanter Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom) sowie
(GOP 01645E – Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren bei geplantem Kniegelenkersatz)

Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der bundeseinheitlichen Kennzeichnung über die Feldkennung 5009 mit den Codes 88200C für Schulterarthroskopie, 88200D für Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom und 88200E für Knieendoprothese

57. unbesetzt
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 31. Dezember 2022 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 31. Dezember 2022: Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850 EBM),
63. unbesetzt
64. bis 30. September 2022 für Videofallkonferenz mit Pflegefachkraft (GOP 01442 EBM) und bis 31. Dezember 2022 Authentifizierungsverfahren unbekannter Patienten in Videosprechstunde durch Praxispersonal (GOP 01444 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. Juni 2023 Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa oder Sebelipase 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 bis 32950 EBM),
70. Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom (GOPen 08347 und 13507, EBM),
71. unbesetzt
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 Kindernephrologen, 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 Siponimod (GOP 32866 EBM),
bis 30. September 2022 die Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung bei der Gabe von Siponimod (GOP 01517 EBM),
78. ab 1. Januar 2021 Abstrichentnahme für Testungen auf SARS-CoV-2 (GOPen 02402 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 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M 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)
85. Tumortherapiefelder zur Behandlung des Glioblastoms des Abschnitts 30.3.2 EBM (GOPen 30310 bis 30312 EBM).
86. unbesetzt
87. vom 1. April 2021 bis 31. März 2023: Labornachweise zur Behandlung von Hepatitis D mit dem Wirkstoff Bulevirtid (GOPen 32855 bis 32857 EBM)
88. vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2022 Zusatzpauschalen zur Erfassung, Verarbeitung, Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte (GOPen 01431 und 01647 EBM)
89. vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2022 Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) (GOP 01470 EBM) sowie Verlaufskontrolle der DiGA „somnio“ (GOP 01471 EBM)
90. ab 1. Juli 2021 Infusionstherapie mit Sebelipase alfa (GOP 02102 EBM)
91. vom 1. Juli 2021 bis 30. Juni 2023 Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern mit dem Wirkstoff Sebelipase alfa (GOP 32481 EBM)

92. ab 1. Juli 2021 Biomarkerbasierte Tests bei Mamma-Ca (GOPen 19503 bis 19505 EBM)
und ab 1. Oktober 2021 GOP 19506 EBM,
93. ab 1. Juli 2021 Leistungen der Kryokonservierung (Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM)
94. ab 1. Juli 2021 Begleitleistungen zur Kryokonservierung 01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K, 36272K, 36503K und 36822K EBM
95. ab 1. Juli 2021 Leistungen der LDR-Brachytherapie (GOPen 25335 und 25336 EBM)
96. ab 1. Oktober 2021: Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe (GOPen 30902 und 30905 EBM sowie die GOPen 30900 und 30901, bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mit einer Unterkieferprotrusionsschiene)
97. ab 1. Oktober 2021: Förderung der Gruppentherapie (GOPen 35163 bis 35169 für die in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen und GOPen 35173 bis 35179 EBM) sowie
ab 1. Oktober 2021 bis 30. September 2023: (GOPen 01410 und 01413 EBM) im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie
98. ab 1 April 2022: Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln (GOPen 01540 bis 01542 EBM) befristet bis 31. März 2024 und Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels (GOPen 01543 bis 01545 EBM) befristet bis 31. März 2023

Anlage 3 zu Teil 3

Wegepauschalen

	Förder-Nr.	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.

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 3/2023.

§ 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 3/2023.

§ 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-Bereinigungsfallwertes im Bereinigungsquartal

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

§ 6

Ermittlung der ASV-Bereinigungsmengen und der ASV-Differenzbereinigungsmengen

- (1) Die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen erfolgt gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal.
- (2) Quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal
 - a) Je ASV-Indikation wird die bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl gemäß § 4 mit dem regionalen ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal in Punkten gemäß § 5 multipliziert.
 - b) Das ungerundete Ergebnis nach a) wird mit dem Verhältnis des für den Bezirk der KV Sachsen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zum für das Vorjahresquartal im Bezirk der KV Sachsen insgesamt festgestellten Leistungsbedarf nach EURO-Gebührenordnung, umgerechnet in Punkte durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert, jeweils unter Berücksichtigung der KV-spezifischen MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (ohne kassenseitig-

- 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.

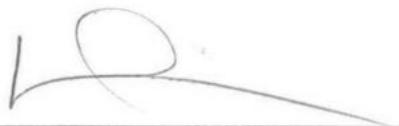
Anlage: Bereinigungsübersicht je ASV-Indikation

ASV-Indikation ¹	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	1. Quartal nach Inkrafttreten	Gesamte Bereinigungsquartale (Quartale 1 – 16 nach der ersten Abrechnung bzw. bis mind. 3/2023)	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 – 3/2023	4/2022 - 3/2023	110	875		1
Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014	4/2015 – 3/2023	4/2022 - 3/2023	4.653	2.466	2.466	0,92
Marfan Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015	1/2019 – 3/2023	4/2022 - 3/2023	180	967		1
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016	1/2019 – 3/2023	4/2022 - 3/2023	127	778		1
Gynäkologische Tumore	1A0200 1A0201 1A0202	10.08.2016	4/2016	3/2018 – 3/2023	4/2022 – 3/2023	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 – 3/2023	4/2022 – 3/2023	48.275	350		1
Rheumatologische Erkrankungen Kinder/Jugendliche	1B0101	19.04.2018	3/2018	1/2021 – 4/2024	1/2024 – 4/2024	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	4/2020 – 3/2024	4/2023 – 3/2024		345	1.999	0,93
Hämophilie	2C0100	04.07.2019	4/2019	1/2021 – 4/2024	1/2024 – 4/2024		484	1.840	1
Tumore der Lunge und des Thorax	1A0500	07.04.2020	3/2020				1.321	2.756	0,80
Schwerwiegende immunologische Erkrankungen 1. Sarkoidose	2E0100	07.04.2020	3/2020				1.765	360	keiner
Kopf- und Halstumore	1A0600	06.05.2021	3/2021				558	1.608	0,34
Neuromuskuläre Erkrankungen	2D0100	06.05.2021	3/2021				3.664	488	1

Dresden, den 11. JAN. 2022



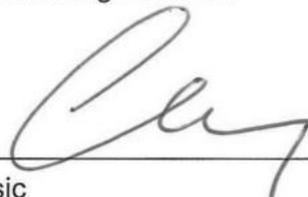
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



AOK PLUS, zugleich handelnd für die SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse



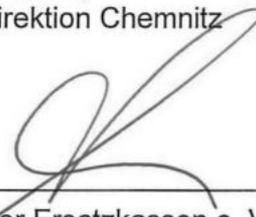
BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Sachsen



IKK classic



KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Chemnitz



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

