

1. Nachtrag

zur

Vereinbarung

zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen

Gebührenordnung (SGO)

zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen

zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs

zur Honorarverteilung

zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand,

dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden

Herrn Rolf Steinbromm

zugleich handelnd für die

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

im Freistaat Sachsen

dem BKK Landesverband Mitte,

Siebstraße 4

30171 Hannover

der IKK classic

der Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH-Allianz (Ersatzkasse)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

(LVSK)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)

Präambel

Zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Korrektur des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009 mit Wirkung zum 1. Januar 2010

sowie

zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Konkretisierung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 für im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009 mit Wirkung zum 1. Januar 2010

sowie

zur Berücksichtigung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V.

sowie

zur Berücksichtigung der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung

sowie

zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 215. Sitzung zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010, Beschlussteil F

sowie

zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 219. Sitzung zur Histopathologie beim Hautkrebs-Screening

vereinbaren die Vertragspartner die folgenden Vertragsänderungen der Vereinbarung zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO), zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen, zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs, zur Honorarverteilung und zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden:

Teil 3

Neufassung des § 2 Abs. 1 Satz 1 (Anpassung des Lieferdatums)

"Datenbasis für die Ermittlung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Satzart ARZTRG87aMGVBB, in der korrigierten Lieferung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom Januar 2010. Das genaue Lieferdatum je Kassenart ergibt sich aus Teil 4."

Neufassung des § 2 Abs. 4 Satz 2 (Anpassung der HVV-Quote)

"Die Hochrechnung erfolgt nach folgender Formel:

Behandlungsbedarf = Leistungsbedarf 2008 x 0,9122 x 1,0510 x 1,016616 x 1,003357"

Neufassung des § 2 Abs. 12 (Anpassung des Behandlungsbedarf aufgrund des Beitritts von Versicherten zu Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V)

„Die Vertragspartner passen die Berechnung des für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung maßgeblichen Behandlungsbedarfs 2010 nach den Vorgaben des Beschlusses zur Berücksichtigung des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 bzw. in seiner jeweils gültigen Fassung zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V an.“

Neufassung § 5

"§ 5

Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ)

- (1) In Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung zur Konkretisierung des Beschlusses Teil B des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 gilt folgender Grundsatz:

Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen mit Ausnahme des sich ggf. aus Beschluss Teil E ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in diesem Beschlussteil und Beschluss Teil F getroffenen Regelungen.

Die Krankenkassen haben in 2010 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen, ggf. unter Beachtung der regionalen Quotierungsvorgaben (z. B. Fallzahlbegrenzung in der Sozialpsychiatrievereinbarung).

- (2) Die Zuordnung und Vergütung der betreffenden Leistungen zum Bereich innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung richtet sich nach dieser Vereinbarung.

Für Leistungen, die nach diesem Vertrag nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, vergüten die Krankenkassen der KV Sachsen die im FKZ von der KV am Leistungsort geltend gemachten Preise lt. regionaler Euro-Gebührenordnung oder nach Verträgen am Leistungsort, sofern für diese Verträge eine Anerkennungsvereinbarung der betreffenden Krankenkasse abgegeben wurde.

Die Vergütung für Leistungen, die nach diesem Vertrag Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist mit der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten.

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

Ergänzung in Anlage 1 (Aufnahme weiterer Kostenpauschalen):

11. Leistungen der künstlichen Befruchtung (Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 08230, 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, **32614X**, **32618X**, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X des EBM),

Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Sachsen im Formblatt 3 mit einem X gekennzeichnet und mit einem Anteil in Höhe von 50% der EBM-Bewertung ausgewiesen. Von der Kennzeichnung und dem Abschlag ausgenommen sind die Leistungen nach den GOP 08520 und 08521 sowie 08230.

Ergänzung in Anlage 2a (Klarstellung der Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen)

„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).“

Teil 5

Ergänzung des § 1 Abs. 7 (Regelung zur RLV-Bereinigung)

„(7) Die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bei Beitritt von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V richtet sich nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.“

Neufassung des § 4 Abs. 3 (Klarstellung der Bereinigung)

„(3) Die Aufteilung der Bereinigungsbeträge nach § 1 Abs. 7 auf die Versorgungsbereiche richtet sich nach dem in § 1 Abs. 7 benannten Beschluss.“

Änderung § 8 Abs. 3 Satz 8 (Fristverlängerung für RLV-Aufschläge)

(3) Für die Höhe des zutreffenden RLV für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gelten folgende Regelungen bis zum 30. Juni 2010:

Ergänzung des § 8 Abs. 6 Punkt 15

- Histologie, Zytologie (19310 bis 19312, **19315**, 19331)

Ergänzung des § 8 Abs. 6a b) Punkt 11

Nr.	Leistung/Fachgruppe	Interventionsquote
11	Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19315 , 19331),	50 %

Neufassung des § 8 Abs. 8:

„Alle in Anlage 2c genannten Leistungserbringer sind unter Beachtung der Regelungen nach Abs. 6a von der Leistungssteuerung zum RLV ausgenommen.“

Ergänzung in Anlage 4, Tabelle 2a und 2b

Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Übergangsvereinbarung für Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens

Ergänzung in Anlage 6, Tabelle 2A (Nephrologische Leistungen)

„Nephrologische Leistungen (Abschnitt 4.5.4 und 13.3.6 EBM)“

Ergänzung in Anlage 6, Tabellen 2A und 2B

Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:

Rückstellungen gemäß Beschlusstil G zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
Rückstellungen gemäß Beschlusstil G für Übergangsvereinbarung für Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens

Ergänzung zu § 11 (In-Kraft-Treten/Geltungsdauer)

- (1) Die Änderungen zu
Teil 3

§ 2 Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 2, Abs. 12,
§ 5,
Anlage 1,
Anlage 2a,

Teil 5

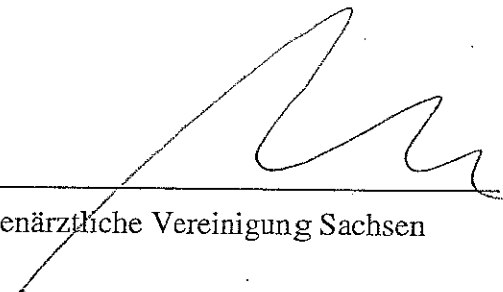
§ 1 Abs. 7,
§ 4 Abs. 3,
§ 8 Abs.3, Abs. 8,
Anlage 4 und
Anlage 6

treten rückwirkend zum 1. Januar 2010 in Kraft.


- (2) Die Änderungen zu
Teil 5

§ 8 Abs. 6 und 6a
treten zum 1. April 2010 in Kraft.

Dresden, den 4. AUG. 2010

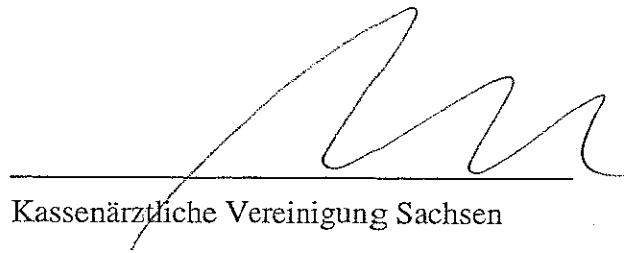


Kassenzentrale Vereinigung Sachsen

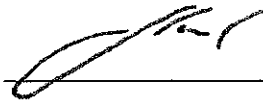


AOK PLUS,
zugleich handelnd für die
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

Dresden, den 4. AUG. 2010

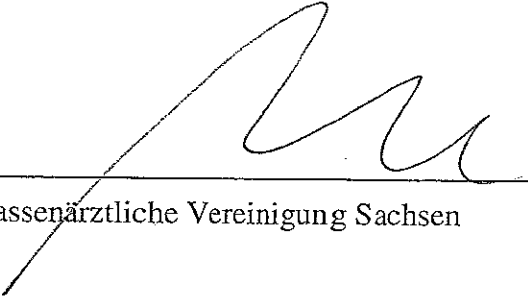


Kassennärztliche Vereinigung Sachsen

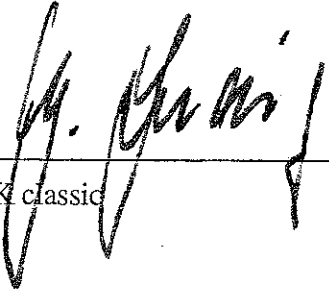


BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Sachsen

Dresden, den 4. AUG. 2010

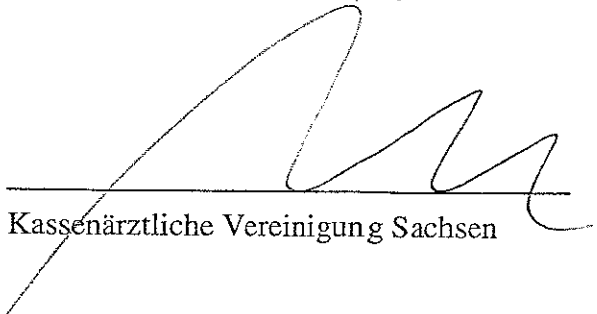



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



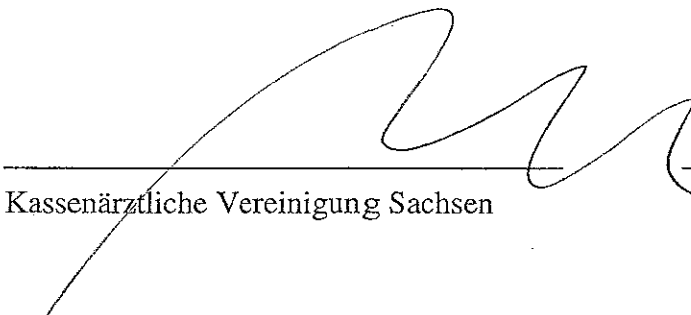
IKK classic

Dresden, den .- 4. AUG. 2010



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen


Knappschaft,
Regionaldirektion Chemnitz

Dresden, den - 4. AUG. 2010



Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



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