

Die Regelungen der vierten Änderungsvereinbarung treten ab 31.03.2024 in Kraft.

## **Lesefassung**

### **Vertrag nach § 140 a SGB V**

### **zur besonderen Versorgung und Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Sachsen**

in der Fassung der vierten Änderungsvereinbarung  
zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

(nachfolgend KV Sachsen)

und

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

vertreten durch den Vorstand,

dieser hier vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes, Herrn Rainer Striebel

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

**dem BKK Landesverband Mitte**

Eintrachtweg 19

30173 Hannover

**der IKK classic**

**der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Chemnitz**

**und den Ersatzkassen**

der Techniker Krankenkasse (TK)

der BARMER

der DAK-Gesundheit

der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

der Handelskrankenkasse (hkk)

der HEK – Hanseatische Krankenkasse

(nachfolgend vertragsbeteiligte Krankenkassen)

## **Inhalt**

<b>Präambel .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 1 Vertragsbestandteile .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 2 Versorgungsauftrag und Ziele .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 3 Teilnahme der Fachärzte .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 4 Delegation und Telemedizinische Versorgung .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 5 Qualitätsanforderungen .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 6 Teilnahme der Versicherten .....</b>	<b>7</b>
<b>§ 7 Aufgaben der teilnehmenden FÄ, der Vertragspartner und der beigetretenen Krankenkassen .....</b>	<b>9</b>
<b>§ 8 Vergütung.....</b>	<b>9</b>
<b>§ 9 Abrechnung zwischen dem teilnehmenden FA und der KV Sachsen .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 10 Abrechnung zwischen der KV Sachsen und den beteiligten Krankenkassen.....</b>	<b>10</b>
<b>§ 11 Datenschutz und Schweigepflicht .....</b>	<b>11</b>
<b>§ 12 Vertragsausschuss .....</b>	<b>12</b>
<b>§ 13 Beitritt von Krankenkassen.....</b>	<b>13</b>
<b>§ 14 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit und außerordentliche Kündigung.....</b>	<b>13</b>
<b>§ 15 Schlussbestimmungen .....</b>	<b>14</b>

## Glossar/Begriffsdefinitionen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der jeweils formulierten Form verwendet. Die Bezeichnungen meinen jedoch alle Geschlechter gleichermaßen.

Vertragspartner:	KV Sachsen, vertragsbeteiligte Krankenkassen
FÄ/FA	Fachärzte/Facharzt mit SPV-Genehmigung
Teilnehmende Fachärzte (FÄ)	an diesem Vertrag teilnehmende leistungserbringende FÄ
TAKI:	telemedizinisch assistierte kinder- und jugendpsychiatrische Intervention
MUMIT:	multimodale Intensivtherapie
SCOUT:	nichtärztliche Mitarbeiter = sektorenübergreifender <b>Coach</b> und <b>Therapeut</b>
MAS:	Multiaxiales Klassifikationssystem
SPV:	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
PIA:	Psychiatrische Institutsambulanz
SPZ:	Sozialpädiatrisches Zentrum
GBA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
NBST:	Nebenbetriebsstätten
HBST:	Hauptbetriebsstätte
BST:	alle Betriebsstätten (HBST und NBST)
APK:	Arzt-Patienten-Kontakt
BMV-Ä:	Bundemantelvertrag Ärzte
Leistungserbringer:	teilnehmende Fachärzte und die nach diesem Vertrag beschriebenen SCOUTs
TE/EWE:	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Versicherte:	am Vertrag teilnehmende Versicherte gemäß § 6
beteiligte Krankenkassen:	vertragsbeteiligte Krankenkassen und beigetretene Krankenkassen
PVS:	Praxisverwaltungssystem

## Präambel

Im Rahmen des § 140a SGB V nutzen die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit der KV Sachsen die Möglichkeit, einen Vertrag zur „Besonderen Versorgung“ zu schließen, um die medizinische Versorgung in Hinsicht auf die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Sicherstellung zu verbessern.

Nach erfolgreicher Umsetzung des Vertrages nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung und Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Region Oberlausitz-Niederschlesien sind sich die Vertragspartner einig, dass dieses Versorgungskonzept für ein weiteres Jahr umgesetzt wird. Aufgrund der sich abzeichnenden kritischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssituation in Sachsen wird das Versorgungskonzept auf Grundlage dieser Änderungsvereinbarung auf Regionen mit entsprechenden Feststellungen des Landesausschusses oder nach einer sich abzeichnenden Feststellung des Landesausschusses mit einvernehmlicher Entscheidung durch die Vertragspartner ausgeweitet.

Die Delegation von fachärztlichen Leistungen auf SCOUTs und die Unterstützung mit telemedizinischer Anwendung ermöglichen zusätzliche fachärztliche Kapazitäten für neue NBSTen. Die Versorgung von schwer erkrankten Patienten wird durch intensiviertere kontinuierliche aufsuchende Begleitung optimiert.

## § 1 Vertragsbestandteile

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

- **Anlage 1:** Leistungsbeschreibung
- **Anlage 2a:** Verzeichnis der vertragsbeteiligten Krankenkassen
- **Anlage 2b:** Verzeichnis weiterer beigetretener Krankenkassen
- **Anlage 2c:** Beitrittserklärung der Krankenkassen
- **Anlage 2d:** Teilnahmeerklärung der Ärzte
- **Anlage 3:** Vergütung
- **Anlage 4a:** kassenspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärungen
- **Anlage 4b:** Muster einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten/gesetzlichen Vertreters sowie Muster einer Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- **Anlage 4c:** Übersicht über kassenspezifische Einschreibe- und Übermittlungsverfahren (TE/EWE)
- **Anlage 5:** Multiaxiales Klassifikationssystem
- **Anlage 6:** Technische Anlage FÄ

## § 2 Versorgungsauftrag und Ziele

- (1) Dieser Vertrag regelt im Rahmen der besonderen Versorgung einen besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsauftrag gemäß §§ 4 und 5 sowie **Anlage 1** für die an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Versicherten (im Folgenden "Versicherte") gemäß § 6. Dieser Versorgungsauftrag umfasst die telemedizinisch assistierte kinder- und jugendpsychiatrische Intervention und die multimodale Intensivtherapie. Diese in diesem Vertrag geregelten zu erbringenden Leistungen werden zusätzlich zur Regelversorgung erbracht.
- (2) Die in diesem Vertrag geregelten Leistungen sollen dafür sorgen, dass kontinuierliche fachärztliche und nichtärztliche Behandlungskapazitäten in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung an den BST der teilnehmenden Fachärzte vorhanden sind. Darüber hinaus wird die Versorgung psychisch besonders schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher

durch eine hochfrequente ambulante multimodale Intensivtherapie optimiert, die auf die reguläre SPV aufsetzt und durch ein multiprofessionelles Team erbracht wird. Dabei werden folgende konkrete Zielstellungen verfolgt:

- a) in sächsischen Regionen mit entsprechender Feststellung des Landesausschusses wird eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sichergestellt.
  - b) Vermeidung von stationären/teilstationären Einweisungen in den versorgungskritischen Regionen.
  - c) Steigerung der Behandlungsqualität durch:
    - eine fachärztliche Ersteinschätzung mit bedarfsgerechter Steuerung in weitere Behandlungsmöglichkeiten und
    - eine hochfrequente multimodale Behandlung.
- (3) Die teilnehmenden FÄ stellen sicher, dass die in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen vollumfänglich erbracht werden. Sollten die persönlichen und versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nach diesem Vertrag nicht zu Lasten der beteiligten Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden.
- (4) Soweit nichts Abweichendes vereinbart wird, stellen die teilnehmenden FÄ sicher, dass die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie die im BMV-Ä enthaltenden Verpflichtungen und die Bedingungen der SPV, auch im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag eingehalten werden.
- (5) Die teilnehmenden FÄ stellen eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sicher, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Das betrifft auch die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit über diesen Vertrag hinaus.
- (6) Die Vertretung für die teilnehmenden FÄ erfolgt im Rahmen der Regelversorgung.
- (7) Die teilnehmenden FÄ übernehmen die Gewähr dafür, dass eine qualitätsgesicherte, wirksame und ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sichergestellt wird.

### **§ 3 Teilnahme der Fachärzte**

- (1) Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um als leistungserbringender Facharzt an diesem Vertrag teilzunehmen:
- a) Genehmigung der KVS zur Versorgung nach der SPV.
  - b) Aufnahme der Tätigkeit in mindestens einer NBST in einer Region, in der der Landesausschuss zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns des FA eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf auf dem Gebiet der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung festgestellt hat. Bei einer sich abzeichnenden Feststellung des Landesausschusses ist eine einvernehmliche Entscheidung der Vertragspartner zur Teilnahme an diesem Vertrag unabhängig von der Feststellung des LA möglich.
  - c) Einsatz von mindestens einem SCOUT, der die Anforderungen gem. § 5 Abs. 2 erfüllt.

- d) Telemedizinische Vernetzung aller Betriebsstätten des teilnehmenden FA, wodurch ein Echtzeitzugriff auf alle Daten des PVS sowie Videokonferenzen gemäß Anlage 1 ermöglicht werden.
  - e) Vorhaltung spezifischer elektronischer kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik- und Therapiematerialientools in den NBST gemäß Anlage 1.
  - f) Bereitschaft, die Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibungen gemäß Anlage 1 zu erfüllen.
- (2) Der Antrag zur Teilnahme als Facharzt wird bei der KV Sachsen gestellt. Diese prüft und bescheidet den Antrag.
- (3) Für Leistungserbringer, die bereits vor dem 31. März 2024 an dem Vertrag teilgenommen haben, ist keine erneute Antragstellung notwendig

## § 4 Delegation und Telemedizinische Versorgung

- (1) Zur Zielerreichung nach § 2 erfolgt durch die teilnehmenden FÄ eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten an SCOUTs, welche die Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs.2 erfüllen. Die delegationsfähigen Leistungen entsprechen der in der **Anlage 1** beschriebenen Aufgaben.
- (2) Die teilnehmenden FÄ haben zu gewährleisten,
- a) dass eine entsprechende Qualifikation der SCOUTs gegeben ist, die durch regelmäßige Weiterbildungen ergänzt wird,
  - b) dass gegenüber den SCOUTs eine durch eine schriftliche Vereinbarung sicherzustellende Weisungsbefugnis besteht und
  - c) dass die Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflichten eingehalten werden.
- (3) Gemäß **Anlage 1** werden Informationen aus den NBST wie Fragebogentests oder Fremdbefunde über eine telemedizinische Vernetzung in Echtzeit in die Patientenverwaltungssoftware übertragen.
- (4) Durch die Videokonferenz zwischen den SCOUTs, den Versicherten und den teilnehmenden FÄ kann eine qualitätsgesicherte kinder- und jugendpsychiatrische Exploration sichergestellt werden.

## § 5 Qualitätsanforderungen

- (1) Die Qualität der medizinischen Leistungen entspricht dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die insoweit bestehenden Anforderungen gem. §§ 135a und 137 SGB V sowie der jeweils gültigen Richtlinien der KBV und des GBA werden als Mindestanforderungen von den teilnehmenden FÄ eingehalten. Weiterhin sind folgende Anforderungen zu erfüllen:
- a) Teilnahme an der Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ (Anlage 11 BMV-Ä),
  - b) Für die Vertragslaufzeit werden zusätzlich zu den nach Anlage 2 SPV und weiterhin aufgrund der zwischen der KV Sachsen und den LVSK vereinbarten modifizierten Fallzahlen aus Sicherstellungsgründen gem. Anlage 2 der Ergänzungsvereinbarung zur SPV die geltende Obergrenze in Höhe von 400 sowie die Abstufungsgrenze in Höhe von 350 der Behandlungsfälle pro Quartal für jeden teilnehmenden FA jeweils um 100 Behandlungsfälle pro Quartal erhöht.

- c) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anlage 24 BMV-Ä),
  - d) Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V (Anlage 31 BMV-Ä) und
  - e) Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 4 SGB V (Anlage 31b BMV-Ä).
- (2) SCOUTs, die in den BST teilnehmender FÄ Leistungen nach diesem Vertrag erbringen, müssen mindestens folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:
- a) Abschluss eines medizinischen, therapeutischen oder sozialwissenschaftlichen Master-Studiums (bzw. mit vergleichbarem Diplom-Abschluss oder höher), welches auf ein einschlägiges grundständiges Studium (mit Bachelor-Abschluss oder vergleichbar) zum Heilpädagogen oder Sozialarbeiter (oder vergleichbares) aufsetzt und
  - b) soweit nicht Gegenstand der o.g. absolvierten Studiengänge das Vorliegen kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. sozialpsychiatrischer Zusatzqualifikationen.

Die Nachweise über die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen jedes SCOUTs sind bei der KV Sachsen gem. des im Rahmen der SPV geregelten Antragsverfahrens einzureichen. Die Prüfung der Qualifikationsanforderungen erfolgt gemäß § 5 Abs. 2 i. V. m. § 7 Abs. 3 durch die KV Sachsen.

- (3) Sofern es zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages durch den Ausfall von SCOUTs erforderlich ist, kann der teilnehmende FA Vertreter für maximal 6 Wochen in Folge einsetzen. Die Vertretung und deren Dauer sind anzuzeigen. Abweichend von Abs. 2 sind Mitarbeitern mit mindestens einschlägigem grundständigem Studium (mit Bachelor-Abschluss) zum Heilpädagogen oder Sozialarbeiter (oder vergleichbares) sowie ggf. kinder- und jugendpsychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Zusatzqualifikationen unter Anleitung des teilnehmenden FA als Vertreter berechtigt.

## § 6 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten und/oder deren gesetzliche Vertreter erklären die Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche TE/EWE in ihrer jeweils geltenden Fassung der einzelnen beteiligten Krankenkasse. Die TE/EWE regelt zusammen mit der Versicherteninformation das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zu Widerruf und Kündigung sowie zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten. Hierfür werden die individuellen kassenspezifischen Einschreibeformulare verwendet, die von den beteiligten Kassen zur Verfügung gestellt werden (**Anlage 4a**). Im Rahmen dieses Vertrages vereinbarte kassenspezifische TE/EWE (gem. Anlage 4a), haben Vorrang gegenüber der Mustererklärung (Anlage 4b). Sofern beteiligte Krankenkassen kein gesondertes Einschreibeformular vorhalten, nutzen diese das Musterformular (**Anlage 4b**).
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen ausschließlich gegenüber den Versicherten, die ihre Teilnahme an dieser Versorgung gemäß Absatz 1 schriftlich erklärt haben, erbracht werden.
- (3) Die teilnehmenden FÄ sind zur Entgegennahme der TE/EWE der Versicherten für die beteiligten Krankenkassen berechtigt und verpflichtet. Die teilnehmenden FÄ sind verpflichtet, den Versicherten die Teilnahme an dem vertragsgegenständlichen Versorgungsangebot zu ermöglichen. Dazu informiert der teilnehmende FA im Gespräch die Versicherten

und/oder ihre gesetzlichen Vertreter umfassend und frühzeitig über die Inhalte und klärt über die Modalitäten dieser besonderen Versorgung auf.

- (4) Die Versicherten und/oder ihre gesetzlichen Vertreter erklären ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der TE/EWE, sofern sie die weiteren Voraussetzungen nach Abs. 5 für die speziellen Leistungen erfüllen. Die TE/EWE ist vom teilnehmenden FA gegenzuzeichnen und abzustempeln. Der Versicherte und/oder die gesetzlichen Vertreter erhalten eine Kopie der TE/EWE und der Versicherteninformation. Die teilnehmenden FÄ übersenden der zuständigen beteiligten Krankenkasse die vollständig ausgefüllte TE/EWE an die jeweils von der beteiligten Krankenkasse benannte zuständige Stelle, in der jeweils festgelegten Frist und über den jeweils festgelegten Weg (vgl. **Anlage 4c**).
- (5) Für die Teilnahme an dieser Versorgung und damit die Inanspruchnahme der speziellen Leistungen nach diesem Vertrag müssen die Versicherten weitere Voraussetzungen erfüllen, die von den beteiligten Krankenkassen zu prüfen sind:
- a) für TAKI:
- kinder- und jugendpsychiatrische/ psychiatrische/ sozialpsychiatrische Versorgung des Patienten durch den teilnehmenden FA,
  - Alter bis 18 Jahre, ggf. bis 21 Jahre und mit Begründung darüber hinaus analog den SPV-Vorschriften
  - Bei Beginn einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bis Vollendung des 18. LJ Einschreibung in den Vertrag durch den teilnehmenden FA bis Vollendung des 21. Lebensjahres.
  - bestehendes Versicherungsverhältnis bei einer beteiligten Krankenkasse
  - keine zeitgleiche Versorgung in PIA oder SPZ
  - (teil-)stationäre Versorgung nur vorübergehend
- b) für MUMIT:
- kinder- und jugendpsychiatrische/psychiatrische/sozialpsychiatrische Versorgung des Patienten durch einen teilnehmenden FA
  - Alter bis 18 Jahre, ggf. bis 21 Jahre analog den SPV-Vorschriften (insbes. § 1 Abs. 2 SPV-Vereinbarung)
  - Versicherte, die bereits vor Vollendung des 18. LJ in SPV-Behandlung waren, können bis zur Vollendung des 21. LJ in den Vertrag eingeschrieben werden.
  - bestehendes Versicherungsverhältnis bei einer beteiligten Krankenkasse
  - keine zeitgleiche Versorgung in PIA oder SPZ
  - (teil-)stationäre Versorgung nur vorübergehend
  - es liegen Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus von mindestens Ziffer 4 der 6. Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) vor (**Anlage 5**).
- (6) Die beteiligte Krankenkasse prüft nach Eingang der TE/EWE (Anlage 4a bzw. 4b) diese in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die TE/EWE unvollständig oder fehlerhaft sein, wird der teilnehmende FA zur Korrektur oder Vervollständigung aufgefordert. Sollte kein Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse vorliegen, wird der teilnehmende FA von der Krankenkasse informiert – eine Teilnahme des Versicherten ist in diesem Fall nicht möglich.

Sofern der beteiligten Krankenkasse eine ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllte TE/EWE vorliegt und ein Versicherungsverhältnis besteht, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE.

- (7) Der Versicherte und/oder deren gesetzlicher Vertreter können die TE/EWE innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der beteiligten Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall informiert die den Widerruf erhaltene Krankenkasse unverzüglich den teilnehmenden FA.

Unabhängig von einem Widerruf nach Abs. 7 können der Versicherte und/oder deren gesetzliche Vertreter die Teilnahme entsprechend der folgenden Regelungen beenden. Die beteiligte Krankenkasse informiert den teilnehmenden FA innerhalb von fünf Arbeitstagen über die Beendigung einer Teilnahme.

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

- a) bei einem Widerruf der TE/EWE eines Versicherten gegenüber der beteiligten Krankenkasse,
  - b) mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der beteiligten Krankenkasse,
  - c) mit dem Ende der Behandlung nach diesem Vertrag,
  - d) mit Ende dieses Vertrages,
  - e) mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten.
- (9) Die Teilnahme des Versicherten endet zwölf Monate nach der letzten Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. In diesen Fällen erfolgt eine Ausschreibung des Versicherten durch die beteiligte Krankenkasse.

## **§ 7 Aufgaben der teilnehmenden FÄ, der Vertragspartner und der beigetretenen Krankenkassen**

- (1) Aufgaben der teilnehmenden FÄ:

- a) Erfüllung des Versorgungsauftrags gemäß § 2
- b) Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen gem. § 3 und der Qualitätsanforderungen gemäß § 5 Abs. 1
- c) Nachweis der Qualifikationsanforderungen der SCOUTs gemäß § 5 Abs. 2
- d) Einschreibung der Versicherten (TE/EWE) gemäß § 6
- e) Besetzung Vertragsausschusses gemäß § 12

- (2) Aufgaben jeder beteiligten Krankenkasse

- a) Prüfung der TE/EWE gemäß § 6
- b) Zahlung Honorar über KV Sachsen gemäß § 10
- c) Besetzung Vertragsausschuss gemäß § 12

- (3) Aufgaben KV Sachsen

- a) Prüfung der Teilnahmeanträge der FÄ und der Qualifikationsanforderungen der SCOUTs gemäß § 5 Abs. 2
- b) Abrechnung des Honorars gemäß §§ 8 und 9
- c) Weiterleitung des Honorars an die teilnehmenden FÄ gemäß § 8 Abs. 2
- d) Besetzung Vertragsausschuss gemäß § 12

- (4) Kosten der Umsetzung

Jeder Vertragspartner und jede beigetretene Krankenkasse trägt die Kosten der Umsetzung für ihre Aufgaben selbst.

## **§ 8 Vergütung**

- (1) Für die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen erhalten die teilnehmenden FÄ eine nach **Anlage 3** vereinbarte Vergütung zusätzlich zur Regelversorgung sowie weiteren bestehenden Vereinbarungen.
- (2) Mit der Vergütung sind alle vertraglichen Leistungen sowie alle sonstigen Kosten, Steuern, Auslagen und Aufwendungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, abgegolten. Dies gilt für alle Kosten, die aufgrund von Leistungen entstehen, die für eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlich sind, auch wenn sie im Vertrag oder der Leistungsbeschreibung nicht im Einzelnen aufgeführt sind.
- (3) Der teilnehmende FA ist nicht befugt, Leistungen, die aufgrund dieser Vereinbarung zu erbringen sind, dem teilnehmenden Versicherten in Rechnung zu stellen. Zuzahlungen sind nicht statthaft.
- (4) Soweit der Versicherte seine Teilnahme gemäß § 6 Abs. 7 gegenüber der beteiligten Krankenkasse widerruft und die Krankenkasse den teilnehmenden FA informiert hat, besteht kein Anspruch auf eine Vergütung nach diesem Vertrag. Ein Vergütungsanspruch besteht insoweit ausschließlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Regelungen.

## **§ 9 Abrechnung zwischen dem teilnehmenden FA und der KV Sachsen**

- (1) Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen durch die teilnehmenden FÄ erfolgt gemäß § 295 Abs. 1 und 4 SGB V quartalsweise gegenüber der KV Sachsen unter Angabe der nach Anlage 3 vertragspezifischen Abrechnungsziffern auf dem Abrechnungsschein und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen.
- (2) Die Honorierung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KVS veröffentlichten Termine für Abschlags- und Restzahlungen. Für die sachlich rechnerischen Berichtigungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen der Gesamtverträge zwischen der KV Sachsen und der jeweiligen beteiligten Krankenkasse sowie die Regelungen dieses Vertrages einschließlich aller Anlagen.
- (3) Die teilnehmenden FÄ sind verpflichtet, die letzte Abrechnung für Leistungen nach diesem Vertrag spätestens zu dem für das Folgequartal von der KV Sachsen bestimmten Termin einzureichen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet.
- (4) Die KV Sachsen ist berechtigt, die jeweils gültigen satzungsgemäßen Verwaltungskosten zu erheben.

## **§ 10 Abrechnung zwischen der KV Sachsen und den beteiligten Krankenkassen**

- (1) Die Rechnungslegung der KV Sachsen erfolgt gemäß den Vorgaben des § 295 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit dem Vertrag über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beachtung der dazugehörigen Technischen Anlage (TA) in der jeweils aktuellen Fassung:
  - a) Die Abrechnung gilt als vollständig, wenn die Einzelfallnachweise und das Formblatt 3/KT-Viewer vorliegen und die Dokumentation der vertraglichen Leistungen und Kennzeichnungen gemäß Anlage 3 als gesonderte Leistungsstatistik je beteiligte Krankenkassen im csv-Format gem. Anlage 6 dieser Vereinbarung (TA FÄ) über ein Kommunikationssystem der KV Sachsen zur Verfügung gestellt wurde.
  - b) Sofern ein teilnehmender FA die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht bzw. teilweise nicht erbringt, kann die Krankenkasse in dem Umfang und für die Zeit, in dem

die Leistung nicht erbracht wurde, im Vertragsausschuss einen Antrag auf Befreiung von der Entrichtung der Vergütung bei der KV Sachsen stellen. Im Falle einer Überzahlung kann die Krankenkasse die Rückzahlung des überzahlten Betrages fordern. Der Rückforderungsanspruch wird nicht vom Vertragsende berührt.

c) Rechnungskorrekturen erfolgen innerhalb des Formblatts 3 durch Ausweis im Vorgang 2 unter der Kontenart 570 - Besondere Versorgung - Ambulante ärztliche Versorgung im Kapitel 99, Abschnitt 5, Budgetkennung 4.

d) Ausweis im Formblatt 3

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt innerhalb des Formblatts 3.

- Der Ausweis der in Anlage 3 festgelegten Abrechnungsziffern erfolgt im Formblatt 3 unter der Kontenart 570 - Besondere Versorgung - Ambulante ärztliche Versorgung Kapitel 99, Abschnitt 5, Unterabschnitt 5 bis zur Ebene 6 (Angabe der einzelnen Ziffern), Budgetkennung 4.
- Die Bezeichnung der Abrechnungsziffern und des Abschnitts im Formblatt 3 erfolgt entsprechend der Vorgaben der Formblatt-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung.

(2) Ergänzend dazu gelten für die Abrechnungen die gültigen Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. die Abrechnungsordnung der KV Sachsen). Die KV Sachsen ist insbesondere für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen der teilnehmenden FÄ verantwortlich.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gelten die gesamtvertraglichen Bestimmungen zwischen der KV Sachsen und der beteiligten Krankenkasse. Die KV Sachsen rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der beteiligten Krankenkasse ab. Die beteiligte Krankenkasse, bei welcher der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nach diesem Vertrag versichert ist, finanziert die Vergütungspauschalen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(4) Die Rechnungslegung durch die KV Sachsen erfolgt gegenüber der jeweiligen beteiligten Krankenkasse in Sachsen für deren Versicherte. Die Regelung nach Punkt 1.3.3 der Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) für Leistungen aus mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Verträgen nach § 140a SGB V findet Anwendung.

## **§ 11 Datenschutz und Schweigepflicht**

(1) Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und Leistungserbringer sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und Leistungserbringer stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter und ggf. Dritte zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten gemäß dem (Sozial-) Datengeheimnis nach § 35 SGB I und Art. 5, 24, 29, 32 EU-DSGVO schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.

- (2) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn der Versicherte bzw. der dazu berechnigte Vertreter nach vorheriger Information gemäß § 5 Abs. 1 und 4 i. V. mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4a oder 4b durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung eingewilligt hat. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den Vertragspartnern und beigetretenen Krankenkassen gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.
- (3) Werden die Patientendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle den Patienten im Rahmen des Versorgungsvertrages behandelnden Leistungserbringer (teilnehmende FÄ und die SCOUTs) Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Patienten genutzt werden sollen und der abrufende Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (4) Die Vertragspartner und beigetretenen Krankenkassen sind hinsichtlich des Vertrages sowie aller Angelegenheiten, die ihnen in ihrer Arbeit im Zusammenhang mit diesem Vertrag anvertraut oder bekannt werden, gegenüber Dritten zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht umfasst auch die Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Vertragsparteien. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt nicht, soweit eine Auskunftserteilungspflicht gegenüber Behörden, Gerichten oder beauftragten und bevollmächtigten Prüfstellen der beteiligten Krankenkassen besteht. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bleibt über das Vertragsverhältnis hinaus bestehen.
- (5) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit pseudonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.
- (6) Die Vertragspartner, beigetretenen Krankenkassen und die beteiligten Leistungserbringer haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (7) Die personenbezogenen Daten sind durch die Vertragspartner und beigetretenen Krankenkassen zu löschen, wenn die Daten für die in diesem Vertrag festgelegten Aufgaben nicht mehr erforderlich sind. Die medizinischen Dokumentationspflichten und gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (8) Die Vertragspartner und die beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

## **§ 12 Vertragsausschuss**

Zur Begleitung des Versorgungsprojektes wird ein Vertragsausschuss gebildet. Dieser setzt sich aus Vertretern der Vertragspartner und Vertretern der teilnehmenden Ärzte zusammen. Er wird bei Bedarf eines Vertragspartners oder teilnehmenden Arztes durch die KV Sachsen einberufen. Der Vertragsausschuss befasst sich mit der Zielerreichung nach § 2, der Weiterentwicklung und fachlichen Bewertung des Vertrages. Aufgabe des Vertragsausschusses ist insbesondere die Qualitätssicherung. Die Empfehlungen des Vertragsausschusses werden einvernehmlich getroffen.

Für die Bewertung ist die Wirkungsweise des Versorgungsvertrages auf der Grundlage der verfügbaren Daten insbesondere anhand folgender Messparameter durch den Vertragsausschuss zu prüfen:

- a) Behandlungsfallzahlentwicklung (Erhebung durch die KV Sachsen)
- b) Fallzahlentwicklung der stationären/teilstationären Einweisungen in den Regionen, in denen der Landesausschuss die entsprechenden Feststellungen getroffen hat und Betriebsstätten der teilnehmenden FÄ vorhanden sind (Erhebung durch die beteiligten Krankenkassen)
- c) Quartalsbezogene Behandlungsfallzahlen TAKI und MUMIT nach BST (Erhebung durch die KV Sachsen)
- d) Entwicklung der SPV-Fälle (Erhebung durch die KV Sachsen)
- e) Versorgungslandkarte mit Standorten der Betriebsstätten (KV Sachsen)

Die jeweils zu erhebenden Daten werden an die KV Sachsen übersandt. Die KV Sachsen stellt die verfügbaren Daten allen Mitgliedern des Vertragsausschusses zur Verfügung.

Für die Bewertung werden vom Vertragsausschuss Messparameter festgelegt und für die Zielerreichung gemeinsam abgestimmt und ausgewertet.

## **§ 13 Beitritt von Krankenkassen**

Betriebskrankenkassen erklären ihren Beitritt gegenüber dem BKK Landesverband Mitte, der darüber die Vertragspartner informiert und die Anlage 2b innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Beitrittserklärung aktualisiert. Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist im Einvernehmen aller Vertragspartner möglich. Alle beigetretenen Krankenkassen werden in **Anlage 2b** aufgeführt. Der Beitritt/Austritt muss spätestens bis Ende des Quartals für das darauffolgende Quartal erfolgen. Eine Ausnahme bildet das 1. Vertragsquartal.

## **§ 14 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit und außerordentliche Kündigung**

- (1) Die 4. Änderungsvereinbarung ersetzt ab 31.03.2024 den Vertrag vom 01.04.2019 inkl. aller Änderungsvereinbarungen. Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, am 31.03.2025.
- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, das Versorgungskonzept im Laufe des Jahres 2024 weiterzuentwickeln.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der einen Vertragspartner zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,
  - a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,
  - b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft oder unvollständig erbracht werden,
  - c) bei Verstoß gegen Inhalte dieses Vertrages,
  - d) wenn gesetzliche Änderungen, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung gegenüber einem Vertragspartner die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistung nicht länger erlauben. Dies gilt insbesondere, sofern das Bundesversi-

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

- (4) Die außerordentliche Kündigung erfolgt in Schriftform gegenüber allen Vertragspartnern.
- (5) Die außerordentliche Kündigung einer beteiligten Krankenkasse berührt das Fortbestehen des Vertrages gegenüber den anderen Vertragspartnern nicht, es sein denn, es liegt einer der Kündigungsgründe nach Abs. 3 Satz 2 vor.
- (6) Teilnehmende FÄ können die Teilnahme an diesem Vertrag für einzelne Nebenbetriebsstätten oder auch vollumfänglich ohne Angaben von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.

## **§ 15 Schlussbestimmungen**

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der Anlagen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.
- (3) Bei Änderungen in den Leistungsbeschreibungen des EBM und/oder der SPV werden die Leistungsinhalte und -beschreibungen in **Anlage 1** geprüft und sofern erforderlich angepasst. Davon umfasst sind ggf. auch die Vergütungsbestandteile und -höhen nach **Anlage 3**.
- (4) Sofern in der Zuordnung der Leistungen nach dem EBM zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Änderungen eintreten, sind die Leistungsinhalte und -beschreibungen der **Anlage 1** zu überprüfen und ggf. anzupassen. Davon umfasst sind ggf. auch die Vergütungsbestandteile und -höhen nach **Anlage 3**.