

Vereinbarung

des

HONORARVERTEILUNGSMABSTABS im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

zwischen

den Landesverbänden der Krankenkassen

und

**Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK)
HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Handelskrankenkasse (hkk), Bremen
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd**

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg
vertreten durch die Landesvertretung Sachsen

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

i. d. F. vom 12. September 2008

HVM mit Wirkung für das 4. Quartal 2008

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Allgemeine Abzüge und Zuführungen
- § 3 Aufteilung der Gesamtvergütung auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich
- § 4 Hausärztlicher Versorgungsbereich
- § 5 Fachärztlicher Versorgungsbereich
- § 6 Gemeinsame Vorschriften
- § 7 Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)
- § 8 Sonstige Regelungen
- § 9 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer
- Anlage 1 Ergänzende Regelungen zur Vergütung der Psychotherapeuten
- Anlage 2 Vergleichsgruppenbildung für Fachgruppen der KV Sachsen für das 3. und 4. Quartal 2008
- Anlage 3 Von Amts wegen bei der Bildung der RLV zu berücksichtigende Umstände
- Anlage 4 Grundsätze der Finanzplanung
- Anlage 5 Bildung bzw. Festlegung der RLV bei KV-bereichsübergreifender Tätigkeit gemäß § 7 Abs. 2 f
- Anlage 6 Datenlieferung gemäß § 7 Abs. 11 c

Einführung einer fallzahlabhängigen Honorierung bei Medizinischen Versorgungszentren – MVZ -
(§ 7 Abs. 8b)

Im Anschluss an die fallzahlabhängige Honorierung von Praxen mit angestellten Ärzten ab 1. Juli 2008 wird eine derartige Honorierung ab 1. Oktober 2008 auch für MVZ eingeführt.

Kernpunkt der Regelung ist, dass jedem betroffenen MVZ eine ihrem RLV entsprechende Fallzahl zugewiesen wird. Wird diese nicht erreicht, wird das RLV des MVZ entsprechend quotiert, maximal jedoch bis auf das ursprüngliche RLV der vor dem 1. Januar 2007 im MVZ tätigen Ärzte.

Die maßgebliche Quartals-Fallzahl ergibt sich zunächst aus dem Durchschnitt der vom MVZ in den letzten vier Quartalen vor der ab 1. Januar 2007 erfolgten Anstellung erbrachten Fallzahlen. Zu dieser wird eine Fallzahl addiert, die dem wegen der Anstellung des Arztes zugeteilten RLV entspricht. Diese wird auf Grundlage der durchschnittlichen Fallzahlen des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe ermittelt, unter Berücksichtigung des Verhältnisses des zugeteilten RLV zum durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe.

Die Quotierung wird nur auf den zusätzlichen RLV-Anteil des angestellten Arztes angewandt, so dass das ehemalige RLV der vor dem 1. Januar 2007 im MVZ tätigen Ärzte unberührt bleibt.

Die Struktur dieser Vergütungsregelung entspricht der auf Bundesebene mit Wirkung ab 1. Januar 2009 beschlossenen RLV-Regelung, welche einen strikten Bezug zu den von einer Praxis oder von einem MVZ im Vorjahresquartal erbrachten Fällen aufweist.

Im Übrigen wurden lediglich klarstellende bzw. redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Oktober 2008 mit Wirkung für das 4. Quartal 2008 haben die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage des § 85 Absätze 4 und 4a SGB V folgende Honorarverteilungsregelungen vereinbart:

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die nach § 85 Abs. 1 und 2 SGB V an die KV Sachsen geleisteten Gesamtvergütungszahlungen der Primärkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, Krankenkasse für den Gartenbau und Knappschaft) und der Ersatzkassen (Angestellten- und Arbeiterersatzkassen). Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.
- (2) Mit Wirkung für Gesamtvergütungsabschlüsse ab dem Jahr 2008 führen Erhöhungen der Gesamtvergütungen zur entsprechenden Anpassung der Regelleistungsvolumina bzw. der Anlage 2 des nächst erreichbaren Leistungsquartals.
- (3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommen wurden. Die Vergütung dieser Leistungen richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
- (4) Die Honorarverteilung erfolgt auf der Grundlage des EBM und der einschlägigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der jeweils gültigen Fassung sowie dieses Honorarverteilungsmaßstabes; die Durchführungsbestimmungen hierzu erlässt der Vorstand der KV Sachsen. Sollten bei der Erstellung der Abrechnungen Regelungslücken auftreten, sind diese durch den Vorstand der KV Sachsen mit Auslegungsbestimmungen zu schließen. Hierbei ist diejenige Auslegung heranzuziehen, die dem mutmaßlichen Willen der Vertragspartner und dem beabsichtigten Zweck am Nächsten kommt.
- (5) Die KV Sachsen wird die LVSK über das Auftreten einer Regelungslücke unverzüglich informieren und die von ihr angewandte Auslegungsbestimmung mitteilen. Die Regelungslücke soll dann für zukünftige Abrechnungszeiträume durch eine einvernehmliche Regelung geschlossen werden.
- (6) Die KV Sachsen verteilt die Gesamtvergütung in eigener Verantwortung gem. § 85 Abs. 4 SGB V. Eine nachträgliche Erhöhung der Gesamtvergütung, die sich durch die Durchführung und Umsetzung der Honorarverteilung ergibt, ist ausgeschlossen.

Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der KV Sachsen, sofern seitens der anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

§ 2

Allgemeine Abzüge und Zuführungen

Das Prinzip der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütungen auf das gesamte Jahr ist zu beachten. Zur Umsetzung dieses Prinzips ist der Vorstand der KV Sachsen berechtigt, über das Maß des Üblichen hinausgehende Finanzzuflüsse in mehreren Quartalen zur Auszahlung zu bringen. Positive Differenzen zwischen den verteilten Beträgen und späteren Endabrechnungen mit den Krankenkassen können in Folgequartalen verteilt werden; negative Differenzen können in Folgequartalen einbehalten werden.

Leistungen für fremde Kassen werden wie Leistungen für sächsische Krankenkassen bzw. bei vom Wohnortprinzip betroffenen Krankenkassen wie Leistungen für Mitglieder mit Wohnort in Sachsen vergütet. Ausgenommen hiervon sind separate Verträge ohne Anerkennungsvereinbarung.

- (1) Aus den eingehenden Gesamtvergütungen, die zum Zweck der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, sind von der KV Sachsen Abzüge und Zuführungen vorzunehmen, insbesondere
 - a) zum Ausgleich von Defiziten aus dem Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren; Überschüsse aus dem Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren werden der Honorarverteilung der Folgequartale zugeführt,
 - b) zur Vergütung von Leistungen, welche von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung honoriert werden; diese werden in der vereinbarten Höhe an die Leistungserbringer ausbezahlt,
 - c) zum Ausgleich von Erstattungsforderungen der Krankenkassen,
 - d) zum Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Jahr 2000 betreffen,
 - e) für sonstige mit dem Honorar in Zusammenhang stehende Forderungen und Zuführungen.
- (2) Aus der verbleibenden Gesamtvergütung erfolgt ein Vorwegabzug von Mitteln für die Vergütung
 - a) von Kosten (ohne analytische Laborleistungen); hierunter fällt auch die Finanzierung eines Zuschlags für Fahrten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst über einen Radius von 10 km hinaus in Höhe von 12,50 EUR, falls die Fahrt im Bereitschaftsdienstbereich der eigenen Niederlassung stattfindet (die Zuschlagsregelung entfällt im Falle des In-Kraft-Tretens einer entsprechenden Vorschrift im EBM),
 - b) der mit den Krankenkassen vereinbarten zweckgerichteten Leistungen (z. B. Förderverträge). Hierbei gilt die Maßgabe, dass bei Vertragsänderungen die zur Vergütung von Nachtragsfällen benötigten Mittel aus der verbleibenden Gesamtvergütung entnommen werden,
 - c) der Leistungen, die im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst von ärztlichen Bereitschaftspraxen, die von der KV Sachsen betrieben werden, erbracht werden, mit dem für Vertragsärzte geltenden Punktwerten gemäß Punkt e),

- d) der erbrachten analytischen Laborleistungen entsprechend den in den Vereinbarungen auf Bundesebene festgelegten Regelungen und Kostensätzen,
- e) der im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst von Vertragsärzten erbrachten Leistungen sowie

der von Notfallambulanzen an Krankenhäusern während der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen erbrachten Leistungen,

soweit keine andere Regelung für bestimmte Leistungen getroffen wurde, aus einem Leistungsfonds.

Die Mittel in dem Leistungsfonds richten sich nach den in den Quartalen III/2003 bis II/2004 quartalsdurchschnittlich von teilnehmenden Ärzten erbrachten Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, unter Zugrundelegung eines Punktwertes in Höhe von 4,00 Cent, multipliziert mit dem Faktor 1,27.

Die Mittel in dem Leistungsfonds werden erhöht um die in den Quartalen III/2003 bis II/2004 quartalsdurchschnittlich von Notfallambulanzen an Krankenhäusern auf Notfallscheinen erbrachten Leistungen, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, unter Zugrundelegung der im genannten Zeitraum geltenden Punktwerte. Mit Wirkung ab 1. Juli 2007 wird der Honorarfonds der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen entsprechend bereinigt.

Dem Leistungsfonds wird ein Vorwegabzug aus der vergüteten Leistungsmenge der GOP 01411 im aktuellen Quartal bewertet mit 0,77 Cent entnommen.

Jeder vergüteten Leistung nach der GOP 01411 wird ein Differenzpunktwert von 0,77 Cent pro Punkt hinzugefügt.

Die Division der in dem Leistungsfonds verbleibenden Mittel durch den betreffenden Leistungsbedarf ergibt den Punktwert.

Der Punktwert wird zur Vergütung von Leistungen der Notfallambulanzen an Krankenhäusern um 10% (Investitionskostenabschlag gem. § 120 Abs. 3 SGB V) reduziert.

Für das 3. und 4. Quartal 2008 gelten folgende Punktwertober- bzw. –untergrenzen:

	Punktwertobergrenze	Punktwertuntergrenze
Vertragsärzte	3,6 Cent	1,44 Cent
Krankenhaus-ambulanzen	3,24 Cent	1,30 Cent

Die nach Ablauf der Abrechnung der vier Quartale eines Kalenderjahres im Bereitschaftsdienstfonds verbleibenden Restmittel werden der allgemeinen Honorarverteilung der Ärzte – unter Beachtung der Aufteilung der Mittel auf die Versorgungsbereiche – zugeführt.

Die während der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen erbrachten Leistungen sind von den Krankenhausambulanzen entsprechend kenntlich zu machen.

§ 3

Aufteilung der Gesamtvergütung auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Die Aufteilung der zur Vergütung der sog. „KO-Leistungen“ und der Höherbewertung der kurativen Koloskopie zur Verfügung stehenden Mittel auf die Versorgungsbereiche richtet sich nach den HVM-Vorschriften mit Stand 31. März 2005.
- (2) Die verbleibende Gesamtvergütung – einschließlich der auf die Vergütung der nach Punkten abgerechneten Laborleistungen entfallenden Mittel - wird entsprechend § 85 Absätze 4 und 4a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung verteilt. Der Versorgungsbereichswechsel wird entsprechend den ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses berücksichtigt.

§ 4

Hausärztlicher Versorgungsbereich

- (1) Der auf den Bereich der hausärztlichen Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtvergütung wird wie folgt aufgeteilt:

Aus dem betreffenden Anteil werden von der KV Sachsen Abzüge und Zuführungen vorgenommen, insbesondere

- a) zum Ausgleich von Aufhebungen von Honorarkürzungen, z. B. in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- b) für die Förderung von Weiterbildungsstellen in den Praxen niedergelassener Hausärzte, wobei sich die Höhe des Zuschusses und andere Verfahrensbestimmungen nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung der KV Sachsen richten, sowie für den auf die KV Sachsen entfallenden Anteil zur Förderung von Medizininstu-

dentinnen und –studenten, soweit sich diese im Rahmen der Förderbedingungen zur Niederlassung als Hausarzt in Sachsen verpflichten,

- c) zur Vergütung der auf die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 des EBM entfallenden geltend gemachten Punkte (GOP 32001 EBM) mit einem Punktwert in Höhe von 3,00 Cent,
 - d) sonstige mit dem Honoraranteil der Hausärzte in Zusammenhang stehende Forderungen und Zuführungen.
- (2) Der verbleibende Anteil steht zur Vergütung im Honorarfonds der niedergelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin/Praktischen Ärzte, hausärztlichen Internisten, Kinderärzte und Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin zur Verfügung, unabhängig von der Erbringung haus- oder fachärztlicher Leistungen. Die genannten Ärzte bilden die hausärztliche Honorargruppe.

Die Mittel für den Honorarfonds der Hausärzte werden auf den Unterfonds zur Honorierung der innerhalb des einzelnen RLV erbrachten Leistungen (Unterfonds RLV-Leistungen) sowie auf den Unterfonds zur Honorierung der über das einzelne RLV hinausgehenden Leistungen (Unterfonds Restleistungen) wie folgt aufgeteilt:

a) Bildung von Unterfonds:

Es wird der maximal in einem Quartal des Zeitraumes der Quartale III/2003-II/2004 die PMV insgesamt überschreitende Leistungsbedarf ermittelt und mit 0,1 Cent bewertet. Die so gebildeten Mittel ergeben die in den Unterfonds Restleistungen einzustellenden Mittel.

Die verbleibenden Mittel werden in den Unterfonds RLV-Leistungen eingestellt.

b) Honorierung des Regelleistungspunktwertes der Hausärzte:

Die im Unterfonds RLV-Leistungen enthaltenen Mittel stehen für die Honorierung der innerhalb des einzelnen RLV erbrachten Leistungen mit dem Regelleistungspunkt看wert zur Verfügung.

Verbleibende Mittel werden in Form eines entsprechenden Differenzpunktwertes ausbezahlt.

c) Honorierung der Restleistungen der Hausärzte:

Die Division der im Unterfonds Restleistungen enthaltenen Mittel durch den das einzelne RLV übersteigenden Leistungsbedarf insgesamt ergibt den Punktwert der Hausärzte für Restleistungen.

Die über das einzelne RLV hinausgehenden Leistungen (Restleistungen) werden vergütet, maximal mit einem Punktwert in Höhe von 0,1 Cent.

Verbleibende Mittel werden in Form eines entsprechenden Differenzpunktwertes auf den RLV- Punktwert ausbezahlt.

§ 5

Fachärztlicher Versorgungsbereich

- (1) Der auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtvergütung wird wie folgt aufgeteilt:

Aus dem betreffenden Anteil werden von der KV Sachsen Abzüge und Zuführungen vorgenommen, insbesondere

- a) zum Ausgleich von Aufhebungen von Honorarkürzungen, z. B. in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- b) für die Förderung von Weiterbildungsstellen in den Praxen niedergelassener Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, wobei sich die Höhe des Zuschusses und andere Verfahrensbestimmungen nach einem gesonderten Beschluss der Vertreterversammlung der KV Sachsen richten,
- c) zur Vergütung der von Fachärzten für Humangenetik im Rahmen der RLV-Regelungen erbrachten Leistungen mit dem fachärztlichen Regelleistungspunktwert und einem Restpunktwert in Höhe von 0,1 Cent,
- d) zur Vergütung der genehmigungspflichtigen und zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen von
 1. niedergelassenen Vertragsärzten mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte,
 2. als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltenden Vertragsärzten mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfs (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien,
 3. niedergelassenen Ärzten für Psychotherapeutische Medizin bzw. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 4. niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 5. niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 6. niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 7. niedergelassenen Fachärzten für Nervenheilkunde bzw. Neurologie,
 8. niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse,
 9. niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse und
 10. niedergelassenen Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse

mit dem sich aus dem geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses ergebenden Punktwert.

Diese Honorierung unterliegt den in Anlage 1 enthaltenen ergänzenden Regelungen.

- e) zur Vergütung der in Punkten abgerechneten Leistungen von

Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie (Virologie) und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmediziner sowie der Fachwissenschaftler der Medizin (Technische Arbeitshygiene, Klinische Chemie, Mikrobiologie) mit Ausnahme derjenigen Fachwissenschaftler, die aus dem Honorarfonds „Fachwissenschaftler der Medizin und Fachärzte für Pathologie, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen“ vergütet werden

mit einem Punktwert in Höhe von 1,50 Cent,

- f) sonstige mit dem Honoraranteil der Fachärzte in Zusammenhang stehende Forderungen und Zuführungen (z. B. aus vorgegebenen oberen und unteren Punktwerten).

- (2) Der verbleibende Anteil der Gesamtvergütung wird wie folgt verteilt:

Es werden folgende Honorarfonds bzw. Leistungsfonds zur Vergütung der niedergelassenen Ärzte und der anderen Leistungserbringer des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die den RLV-Regelungen nicht unterliegen (fachärztliche Honorargruppen ohne RLV) gebildet:

- a) niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte,

als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfs (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien,

niedergelassene Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit Ausnahme der genehmigungspflichtigen und gleichzeitig zeitabhängigen psychotherapeutischen Leistungen,

- b) Fachärzte für Strahlentherapie,

- c) Nichtvertragsärzte im Notfall, Leistungen von Krankenhausambulanzen außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten gemäß der Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen,

- d) zur Vergütung der von niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen der GOP 13610 bis 13612, 04564 bis 04566 des EBM (Dialyse),

- e) Fachwissenschaftler der Medizin und Fachärzte für Pathologie, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen,

(Eine Zuordnung zu dieser Honorargruppe erfolgt entsprechend dem im Quartal IV/2003 festgestellten maßgeblichen Leistungsanteil; in Folge wird die Berechnungsbasis nach vier abgerechneten und beschiedenen Quartalen entsprechend verschoben.

Maßgeblich für die Bestimmung des Leistungsanteils der gynäkologischen Zytologie ist die anerkannte Abrechnung der GOP 01733, 01826 und 19311 des EBM).

f) Fachärzte für Pathologie (mit Ausnahme der überwiegend auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie tätigen Ärzte) und Fachärzte für Neuropathologie,

g) Fachärzte für Anästhesiologie.

(3) Für die in Absatz 2 geregelten Honorarfonds bzw. Leistungsfonds gelten folgende Maßgaben:

Die Aufteilung der Mittel erfolgt entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Honorargruppen bzw. der betreffenden Leistungen an der um die Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütung der Quartale III/2005 bis II/2006, unter Berücksichtigung der bis zum Quartal II/2006 durchgeführten Interventionsregelungen. Abweichend hiervon sind die Bereinigungsvorschriften in § 2 Abs. 2 e) zu beachten.

Die auf die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 des EBM entfallenden geltend gemachten Punkte (GOP 32001 EBM) werden mit einem Punktwert in Höhe von 3,00 Cent als Vorwegabzug aus den Mitteln des jeweiligen Honorarfonds vergütet.

Die Division der im jeweiligen Honorarfonds verbleibenden Mittel durch den entsprechenden Leistungsbedarf ergibt die kurativen Punktwerte in diesen Honorarfonds.

Dabei gelten als Obergrenze der fachärztliche Regelleistungspunktwert und ein Mindestpunktwert in Höhe von 1,50 Cent.

(4) Der verbleibende Anteil der Gesamtvergütung wird wie folgt verteilt:

Es werden folgende Honorarfonds zur Vergütung der niedergelassenen Ärzte und der anderen Leistungserbringer des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die den RLV-Regelungen unterliegen (fachärztliche Honorargruppen mit RLV) gebildet:

a) Fachärzte für Augenheilkunde,

b) Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Neurochirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie (und Ästhetische Chirurgie), Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie und Fachärzte für Visceralchirurgie,

c) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

d) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten,

e) Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen,

f) Nervenärzte, Psychiater, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,

g) Orthopäden, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie,

h) Fachärzte für Urologie,

i) Radiologen und Fachärzte für Nuklearmedizin,

(Veränderungen der Anzahl der Großgeräte können bei der Bildung der Mittel für diesen Honorarfonds berücksichtigt werden),

- j) fachärztliche Internisten und Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde.
- (5) Die Aufteilung der Mittel erfolgt entsprechend den Durchschnittsanteilen der einzelnen Honorargruppen an der um die Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütung der Quartale III/2005 bis II/2006, unter Berücksichtigung der bis zum Quartal II/2006 durchgeführten Interventionsregelungen.
- (6) Der Honorargruppenwechsel wird bei der Festlegung der in den fachärztlichen Honorarfonds enthaltenen Mittel entsprechend berücksichtigt.
- (7) Aus den Honorarfonds wird vorab die von der betreffenden Honorargruppe erbrachte wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 des EBM (GOP 32001) mit einem Punktwert in Höhe von 3,00 Cent vergütet.

Des Weiteren wird im Honorarfonds der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur Honorierung der von den betreffenden Leistungserbringern erbrachten Leistungen der GOP 01826, 19310 bis 19312, 19320, 19330 und 19331 des EBM (Zytologie) ein Unterfonds gebildet. Die Mittel in diesem Unterfonds richten sich nach dem maximal in einem Quartal des Zeitraumes der Quartale III/2003 bis II/2004 abgerechneten Leistungsbedarf, der mit einem Punktwert in Höhe von 2,51 Cent für Primärkassen und 3,81 Cent für Ersatzkassen bewertet wird. Die Division der in diesem Fonds enthaltenen Mittel durch den betreffenden Leistungsbedarf ergibt den Punktwert. Dabei gelten als Obergrenze der fachärztliche Regelleistungspunktwert und ein Mindestpunktwert in Höhe von 1,5 Cent.

- (8) Die verbleibenden Mittel in den Honorarfonds derjenigen Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die den RLV-Regelungen unterliegen, werden jeweils auf einen Unterfonds zur Honorierung der innerhalb des einzelnen RLV erbrachten Leistungen (Unterfonds RLV-Leistungen) sowie auf einen Unterfonds zur Honorierung der über das einzelne RLV hinausgehenden Leistungen (Unterfonds Restleistungen) wie folgt aufgeteilt:

a) Bildung von Unterfonds:

Es wird jeweils der maximal in einem Quartal des Zeitraumes der Quartale III/2003 bis II/2004 die PMV insgesamt überschreitende Leistungsbedarf ermittelt und mit 0,1 Cent bewertet. Die so gebildeten Mittel ergeben die in den jeweiligen Unterfonds Restleistungen einzustellenden Mittel.

Die verbleibenden Mittel werden in den jeweiligen Unterfonds RLV-Leistungen eingestellt.

b) Honorierung des Regelleistungspunktwertes der Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches:

Die im jeweiligen Unterfonds RLV-Leistungen enthaltenen Mittel stehen für die Honorierung der innerhalb des einzelnen RLV erbrachten Leistungen mit dem Regelleistungspunktwert zur Verfügung.

Verbleibende Mittel werden in Form eines entsprechenden Differenzpunktwertes ausbezahlt.

c) Honorierung der Restleistungen der Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches:

Die Division der im jeweiligen Unterfonds Restleistungen enthaltenen Mittel durch den das einzelne RLV übersteigenden Leistungsbedarf insgesamt ergibt den jeweiligen Punktwert für Restleistungen.

Die über das einzelne RLV hinausgehenden Leistungen (Restleistungen) werden vergütet, maximal mit einem Punktwert in Höhe von 0,1 Cent.

Verbleibende Mittel werden in Form eines entsprechenden Differenzpunktwertes auf den RLV- Punktwert ausbezahlt.

- (9) Für den Fall, dass in einer fachärztlichen Honorargruppe die im betreffenden Honorarfonds enthaltenen Mittel zur vollständigen Finanzierung des fachärztlichen Regelleistungspunktwertes nicht ausreichen, gilt folgende Interventionsregelung:

Die Mittel in dem betreffenden Honorarfonds werden - zur Gewährleistung des fachärztlichen Regelleistungspunktwertes - aus den Mitteln eines Vorwegabzuges aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entsprechend angehoben.

Der Regelleistungspunktwert des fachärztlichen Versorgungsbereiches sowie ein Restpunktwert in Höhe von 0,01 Cent bleiben unberührt.

§ 6

Gemeinsame Vorschriften

- (1) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden dem Honorarfonds des jeweiligen Fachgebiets zugeordnet.

Entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses werden Ärzte, die mit mehreren Fachgebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, von denen ein Gebiet der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, mit ihrem Leistungsbedarf dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet.

Im Übrigen werden Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen grundsätzlich entsprechend ihrer Abrechnungsnummer der betreffenden Honorargruppe zugeordnet. Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen, von denen ein Gebiet der Leistungssteuerung nach § 7 unterliegt und die daher insgesamt der Leistungssteuerung unterliegen, werden derjenigen Honorargruppe zugeteilt, die der Leistungssteuerung unterliegt.

Ermächtigte Ärzte, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes inhaltlich entspricht, werden dem Honorarfonds der entsprechenden niedergelassenen Vertragsärzte zugeordnet. Soweit die betreffende Honorargruppe der RLV-Regelung unterliegt, gilt dies auch für die in Satz 1 genannten ermächtigten Ärzte.

- (2) Gemeinschaftspraxen, die aus Ärzten, denen ein RLV zugewiesen wurde, sowie aus Ärzten, denen kein RLV zugewiesen wurde, bestehen, unterliegen insgesamt den RLV-Regelungen. Eine Quotierung der Leistung erfolgt nur für Ärzte mit RLV.
- (3) Für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind die Regelungen zu versorgungsbereichsübergreifenden bzw. fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen des fachärztlichen Versorgungsbereiches anzuwenden. Hierbei werden angestellte Ärzte – gemessen am Umfang ihrer Tätigkeit – wie niedergelassene Ärzte behandelt. Die MVZ und die versorgungsbereichsübergreifenden bzw. fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen des fachärztlichen Versorgungsbereiches unterliegen einer arztbezogenen Kennzeichnungspflicht.

Die Vergütung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und versorgungsbereichsübergreifenden bzw. fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen erfolgt gemäß Kennzeichnung aus dem jeweiligen Honorarfonds. Die Aufteilung der im Basiszeitraum eingegangenen Finanzmittel und der entsprechende Honorartransfer erfolgen entsprechend der Kennzeichnung der an der Gemeinschaftspraxis beteiligten Haus- und Fachärzte.

Die nach § 2 abgerechneten Leistungsanteile der Gemeinschaftspraxis werden in entsprechender Höhe vergütet.

§ 7

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Allgemeine Regelung

Niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V unterliegen einer Leistungssteuerung. Jeder der Regelung unterliegenden Praxis wird ein persönliches Regelleistungsvolumen (RLV) zugewiesen. An Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und bei niedergelassenen Vertragsärzten angestellte Ärzte werden – gemessen am Umfang ihrer Tätigkeit – wie niedergelassene Ärzte behandelt. Es wird ein gemeinsames RLV über den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gebildet.

(2) Bestimmung der RLV

- a) Die Grundlage der Bestimmung der persönlichen RLV bilden die bis 31. März 2005 gültigen Punktmengenvolumina (PMV) bzw. die auf der Grundlage des ab 1. April 2005 im Bereich der KV Sachsen gültigen Honorarverteilungsmaßstabes ermittelten RLV sowie die Grundzüge der Finanzplanung gemäß Anlage 4.
- b) Für Gemeinschaftspraxen, an denen Radiologen und fachärztlich tätige Internisten mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie beteiligt sind, gelten folgende Regelungen:
 1. Ist ein o. g. Arzt nach dem 1. April 2002 zu einer bestehenden Praxis hinzugetreten, wird die Zuwachsregelung für Jungärzte auf vier Quartale seit Hinzutreten des Arztes beschränkt, soweit für diesen Arzt gemäß Anlage 2 aufgrund einer besonderen Genehmigung [Radiologen und fachärztlich tätige Internisten mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie] ein über die Zulassungsbezeichnung hinaus begünstigender Vergleichswert gilt und soweit dieser Leistungsschwerpunkt bzw. diese besondere Genehmigung in der Gemeinschaftspraxis bereits vorhanden ist. Der Neufestsetzung des RLV der Gemeinschaftspraxis wird das leistungsstärkste Quartal des genannten Zeitraums, wobei dieser Zeitraum frühestens ab dem Quartal III/2003 beginnt, zu Grunde gelegt.
 2. Die Regelungen nach § 7 Abs. 2 b) Satz 1 und Nr. 1 gelten analog für dort genannte Gemeinschaftspraxen, sofern innerhalb dieser Gemeinschaftspraxen nach dem 1. April 2002 bei einem Arzt ein Vergleichsgruppenwechsel stattgefunden hat.

- c) Bei der Bildung der RLV mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2007 werden Veränderungen der von den einzelnen Praxen von Altärzten erbrachten Fälle wie folgt berücksichtigt:
1. Es wird die quartalsdurchschnittliche Fallzahl der einzelnen Praxis im Bemessungszeitraum des RLV sowie im Zeitraum vom 3. Quartal 2005 bis zum 2. Quartal 2006 ermittelt. Bei denjenigen Altpraxen, die im Bemessungszeitraum Jungpraxen waren, wird, sofern die damalige Fallzahl niedriger ist als die Fallzahl der Vergleichsgruppe im Bemessungszeitraum, als Vergleichswert des Bemessungszeitraums die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Bemessungszeitraum angenommen. Der Vergleich ergibt einen Veränderungsfaktor in Prozent.
 2. Es wird die quartalsdurchschnittliche Fallzahl je Altarzt der jeweils zutreffenden Vergleichsgruppe nach Anlage 2 im Bemessungszeitraum sowie im Zeitraum vom 3. Quartal 2005 bis zum 2. Quartal 2006 ermittelt. Der Vergleich ergibt einen Veränderungsfaktor in Prozent. Bei einem positiven Wert wird der Veränderungsfaktor auf 0 gesetzt.
 3. Die Veränderungsfaktoren nach Punkt 1 und 2 werden verglichen.
 - a) Hierbei wird der Wert nach Punkt 2 wie folgt verändert: Der festgestellte Wert der jeweils zutreffenden Vergleichsgruppe wird um 10% sowie um 10% des nach Punkt 2 ermittelten Wertes der jeweils zutreffenden Vergleichsgruppe vermindert.
 - b) Wird bei einer einzelnen Praxis ein höherer Veränderungsfaktor als bei der entsprechenden Vergleichsgruppe gemäß Punkt a) festgestellt, wird das RLV der betreffenden Praxis um den praxisindividuellen Veränderungsfaktor – abzüglich des nach Punkt a) festgestellten Wertes - bereinigt.
 - c) Hierzu erfolgt eine Multiplikation der nach Punkt b) ermittelten Punktmenge mit der gemittelten RLV-Kürzungsquote der betroffenen Praxis aus dem Zeitraum 3. Quartal 2005 bis 2. Quartal 2006.
 - d) Bereits erfolgte RLV-Absenkungen mit Wirkung ab dem Quartal II/2005 aufgrund des HVM vom 12. September 2005 werden angerechnet.
 - e) Bei Bereinigungssummen unter 10.000 Punkten je Praxis und Quartal erfolgt keine RLV-Anpassung.
 4. Es erfolgt eine einmalige Anpassung der RLV mit Wirkung für das 3. Quartal 2007. In Folge bilden die derart festgesetzten RLV die Grundlage für die Bildung von weiteren RLV.
- d) Wird festgestellt, dass bei einer Praxis mit überdurchschnittlichem RLV häufigkeitsbezogen Leistungen reduziert wurden, die aufgrund von im Zeitraum vom Quartal III/2001 bis II/2002 gewährten Zusatzbudgets (Kapitel A I Teil B Punkte 4.1 bis 4.3 des bis 30. Juni 2003 gültigen EBM) erbracht wurden oder nicht der Praxisbudgetierung unterlagen, wird das RLV maximal bis zum Durchschnittswert der Vergleichs-

gruppe entsprechend reduziert, soweit die Leistungen nicht durch medizinisch adäquate andere Leistungen ersetzt wurden. Bei Bereinigungssummen unter 10.000 Punkten je Praxis und Quartal erfolgt keine RLV-Anpassung.

- e) Bei der Bildung der RLV von Hausärzten wird mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2008 der Wegfall der hausärztlichen Grundvergütung bei gleichzeitiger Integration der betroffenen Leistung in den RLV-relevanten Leistungsbereich durch die Anhebung der RLV aufgrund der individuellen Leistungserbringung berücksichtigt. Dies erfolgt, indem das praxisindividuelle RLV um die von der jeweiligen Praxis quartalsdurchschnittlich in den Quartalen III/2006 bis II/2007 im Zusammenhang mit der hausärztlichen Grundvergütung abgerechnete und anerkannte Punktmenge erhöht wird.
- f) Bei der Bildung bzw. Festsetzung der RLV mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2008 werden Veränderungen aufgrund KV-bereichsübergreifender Tätigkeit berücksichtigt. Das konkrete Verfahren zur Festsetzung der RLV wird in Anlage 5 geregelt.
- g) Bei der Bildung der RLV mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2008 werden Veränderungen durch die festgelegten RLV-Punktwerte nach Absatz 4 berücksichtigt. Die RLV im hausärztlichen Bereich werden um 6,67 % erhöht, im fachärztlichen Versorgungsbereich beträgt die Erhöhung der RLV 4,17 %.

(3) Anpassung der RLV

Bei der Ermittlung der RLV wurde ein rechnerischer Sicherheitsabschlag in Höhe von 5 v. H. zur Gewährleistung der Regelleistungspunktwerte berücksichtigt.

(4) Honorierung nach RLV

Die innerhalb des RLV geltend gemachte Punktmenge wird mit einem Regelleistungspunktwert

im 3. und 4. Quartal 2008

in Höhe von 3,75 Cent für Hausärzte und

in Höhe von 3,60 Cent für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet.

Die das RLV überschreitend geltend gemachte Punktmenge wird mit dem jeweiligen Restpunktwert nach den Regelungen gemäß § 4 Abs. 2 bzw. § 5 Abs. 8 vergütet. Die angeforderten Leistungen des RLV werden ausgewiesen.

Nachtragsfälle werden in das RLV des aktuellen Quartals integriert.

(5) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen

Bei der Bildung des RLV werden die nachfolgend aufgeführten Leistungen ausgenommen. Die aufgeführten Leistungen werden grundsätzlich ohne Anwendung des RLV nach der entsprechenden Regelung vergütet:

- a) präventive Leistungen,
- b) Leistungen, die von den Krankenkassen außerbudgetär vergütet werden,

- c) Leistungen, für deren Vergütung ein bestimmter Euro-Betrag vorgesehen ist (z. B. die analytischen Laborleistungen des Kapitels 32 des EBM),
- d) die Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst,
- e) GOP 13610 bis 13612, 04564 bis 04566 des EBM (Dialyse),
- f) GOP 32001 (wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Laborleistungen),
- g) GOP 01826, 19310 bis 19312, 19320, 19330 und 19331 des EBM (Zytologie), soweit von der Honorargruppe der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erbracht,
- h) Genehmigungspflichtige und gleichzeitig zeitabhängige psychotherapeutische Leistungen, soweit diese von
niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie,
niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
niedergelassenen Fachärzten für Nervenheilkunde bzw. Neurologie,
niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse,
niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse oder
niedergelassenen Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse
erbracht werden.

(6) Von der Leistungssteuerung ausgenommene Leistungserbringer

Von der Leistungssteuerung sind folgende Leistungserbringer ausgenommen:

- a) Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik) sowie solche Fachwissenschaftler, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen,
- b) Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie,
- c) Fachärzte für Strahlentherapie,
- d) die in der Honorargruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und psychotherapeutischen Psychotherapeuten abrechnenden Leistungserbringer,
- e) Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit nicht unter die Regelung nach § 6 Abs. 1 fallend,
- f) Fachärzte für Anästhesiologie.

(7) Regelungen für Alt- und Jungärzte bzw. Praxisübernahmen

a) Altärzte

Altärzte sind Ärzte, welche zum 1. April 2005 volle 16 Quartale niedergelassen waren.

Möglichkeiten zur Anpassung von unterdurchschnittlichen RLV für Altärzte:

Einem Altarzt, der mit seinem RLV unterhalb des durchschnittlichen RLV seiner Vergleichsgruppe liegt, wird ein Zuwachs von jährlich 2 v. H. bezogen auf das durchschnittliche RLV seiner Vergleichsgruppe zugeordnet; jedoch wird ihm höchstens ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen RLV seiner Vergleichsgruppe gestattet.

Wird einem unterdurchschnittlichen Altarzt eine Erhöhung seines RLV gewährt, so ist damit die 2 v. H.-Regelung des betreffenden Jahres – ggf. anteilig – abgegolten.

Einem Altarzt mit unterdurchschnittlichem RLV wird unter folgenden Voraussetzungen eine zusätzliche Zuwachsmöglichkeit bis zum durchschnittlichen RLV seiner Vergleichsgruppe eingeräumt:

1. Es wird die Fallzahl des Arztes in den Quartalen III/2003 bis II/2004 mit der Fallzahl des Arztes im Zeitraum zwischen dem Quartal III/2004 und II/2005 verglichen. Falls der individuelle Bemessungszeitraum des RLV des Arztes sich mit den Quartalen III/2003 bis II/2004 überschneidet oder nach diesem Zeitraum liegt, ist die Fallzahl des Arztes im individuellen Bemessungszeitraum an Stelle der Fallzahl der Quartale III/2003 bis II/2004 für den Vergleich der Fallzahlen des Arztes zu verwenden.
2. Wird im Vergleich zur durchschnittlichen Fallzahlsteigerung der Vergleichsgruppe (bei negativer Fallzahlentwicklung wird der Wert 0 angesetzt) eine über 2 v. H. hinaus gehende überdurchschnittliche Fallzahlsteigerung des Arztes festgestellt, erfolgt eine entsprechende Erhöhung des RLV des Altarztes mit Wirkung ab dem 1. Juli 2006.
3. Zur Erhöhung des RLV des Arztes wird der in Punkt 2 festgestellte Prozentsatz auf das durchschnittliche RLV der Vergleichsgruppe angewandt. Das RLV des Arztes wird maximal bis zu dem Verhältnis seiner Fallzahlen zu den durchschnittlichen Fallzahlen seiner Vergleichsgruppe im aktuellen Zeitraum um die sich ergebende Punktmenge erhöht.
4. Die Erhöhung des RLV des Arztes erfolgt erstmals mit Wirkung ab 1. Juli 2006 und gilt für den Zeitraum von vier Quartalen. In Folge wird jeweils nach Ablauf von vier Quartalen die Berechnungsbasis entsprechend verschoben.

b) Jungärzte

Jungärzte sind Ärzte, welche zum 1. April 2005 noch keine vollen 16 Quartale niedergelassen waren bzw. welche sich ab dem 1. April 2005 im Bereich der KV Sachsen neu niederlassen. Bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 16 Quartalen wird Jungärzten grundsätzlich ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen RLV ihrer Vergleichsgruppe gestattet.

Für Jungpraxen, denen kein überdurchschnittliches PMV zugeteilt wurde, wird nach Vollendung des 16. Quartals der Niederlassung das in den letzten vier Quartalen dieses Zeitraums erreichte RLV-relevante Punktevolumen (PMV aus Quartalen vor dem 1. April 2005 werden mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor aus Anlage 2 angepasst.) als Berechnungsbasis (unter Anwendung einer Reduzierung des erreichten RLV-relevanten Punktevolumens in Höhe von 10 v. H.) für das individuelle RLV herangezogen. Maximal gilt das RLV der Vergleichsgruppe.

Nach Ablauf des genannten Zeitraums gelten die Regelungen für Altärzte.

c) Praxisübernahmen ab dem 1. April 2005

Bei Übernahme einer Praxis wird das RLV des Vorgängers übernommen, sofern dieser derselben Vergleichsgruppe angehört.

Im Falle der Übernahme eines überdurchschnittlichen RLV ist die vollständige Honorierung der innerhalb des RLV erbrachten Leistungen von der Erbringung der Fallzahl im Bemessungszeitraum des RLV abhängig. Falls nach der Praxisübernahme weniger RLV-relevante Fälle als im Bemessungszeitraum erbracht werden, wird die Honorierung der innerhalb des RLV erbrachten Leistungen entsprechend – maximal bis zur Honorierung eines durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe - quotiert.

Erreicht oder überschreitet dieses übernommene RLV das durchschnittliche RLV der Vergleichsgruppe nicht, wird bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 16 Quartalen ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe gestattet. Das durchschnittlich in den letzten vier Quartalen dieses Zeitraums erreichte RLV-relevante Punktevolumen - maximal das RLV der Vergleichsgruppe - wird als Berechnungsbasis seines RLV herangezogen.

Nach Ablauf des genannten Zeitraums gelten die Regelungen für Altärzte.

d) Vergleichsgruppenwechsel

Einem Altarzt oder Jungarzt, der nach dem 1. April 2005 seine Vergleichsgruppe wechselt, wird ein Zuwachs ohne Anwendung der 2 v. H.-Regelung während vier Quartalen seit Vergleichsgruppenwechsel bis zum durchschnittlichen RLV seiner neuen Vergleichsgruppe gestattet. Bei der folgenden Neufestsetzung des RLV wird das leistungsstärkste Quartal des genannten Zeitraums zu Grunde gelegt. Gewährt wird maximal der Vergleichswert der betreffenden Vergleichsgruppe.

Nach Ablauf des genannten Zeitraums gelten die Regelungen für Altärzte.

(8) Besondere Regelungen für Gemeinschaftspraxen

a) Für die Berechnung der RLV von Gemeinschaftspraxen gelten folgende weitere Maßgaben:

1. Wird ein Teilnehmer während oder nach dem 1. April 2005 durch einen anderen Teilnehmer mit derselben Vergleichsgruppe ersetzt, erfolgt keine Neuberechnung des RLV.
2. Tritt ein Teilnehmer nach dem 1. April 2005 hinzu, wird das RLV in Höhe des Durchschnittswertes der betreffenden Vergleichsgruppe bzw. gemäß dem Wert

nach Punkt 2 erhöht. Tritt ein Altarzt hinzu, wird das RLV um das RLV des Altarztes erhöht.

3. Bildet sich eine Gemeinschaftspraxis neu, setzt sich deren RLV aus dem RLV der Einzelärzte zusammen.
 4. Für Gemeinschaftspraxen wird eine Zuwachsmöglichkeit entsprechend den Regelungen für Ärzte in Einzelpraxen eingeräumt.
 5. Wird ein Sitz in einer Gemeinschaftspraxis übernommen und ist das übernommene RLV unterdurchschnittlich, wird die Regelung für die Übernahme von Einzelpraxen (§ 7 Abs. 7 - Praxisübernahmen -) entsprechend angewandt.
- b) Bei Ausscheiden eines Partners aus einer Gemeinschaftspraxis bzw. Auflösung der Gemeinschaftspraxis nach dem 1. April 2005 erhält jeder Ausscheidende bei Fortführung der ärztlichen Tätigkeit dasjenige als RLV, welches er in die Gemeinschaftspraxis eingebracht hat bzw. während des Bestehens realisiert hat. Lässt sich ein RLV einem Partner nicht konkret zuordnen, erhält der Ausscheidende einen Anteil als neues RLV, das dem Verhältnis der Durchschnittswerte der betreffenden Vergleichsgruppen entspricht.
- c) Auf Antrag kann die KV Sachsen eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Antragsteller darlegt, dass ihm nachweislich ein höherer Anteil zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel eine Teilungserklärung.

(8a) Fallzahlabhängige Honorierung bei RLV für Praxen mit angestellten Ärzten, die gemäß § 95 Absätze 9 und 9a, § 101, § 103 Abs. 4b SGB V oder § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung keinen Leistungsbegrenzungen nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie unterliegen

Mit Wirkung ab 1. Juli 2008 gilt für die betroffenen Praxen im Hinblick auf angestellte Ärzte eine fallzahlabhängige Honorierung nach folgenden Maßgaben:

Jeder betroffenen Praxis wird eine der Höhe ihres RLV adäquate Fallzahl pro Quartal zugewiesen.

Diese ergibt sich

aus der durchschnittlichen Quartalsfallzahl der Praxis in den letzten vier Quartalen vor der Anstellung (bei Jungärzten wird die durchschnittliche Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe zu Grunde gelegt), erhöht

um die sich aus auf der Grundlage des wegen der Anstellung des Arztes zugewiesenen RLV-Anteils ergebenden durchschnittlichen Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2. Hierbei ist das Verhältnis des zugewiesenen RLV zum durchschnittlichen RLV der zutreffenden Vergleichsgruppe zu berücksichtigen.

Wird die zugeteilte Fallzahl im Quartal von der betroffenen Praxis nicht erreicht, erfolgt entsprechend der Unterschreitungsrate eine Quotierung des auf den angestellten Arzt entfallenden RLV-Anteils der Praxis.

Für die Durchführung der Vorschrift wird der Arztfall gemäß § 1a Nr. 30 des BMV-Ä/EKV verwendet.

(8b) Fallzahlabhängige Honorierung bei RLV für an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ab 1. Januar 2007 angestellte Ärzte

Mit Wirkung ab 1. Oktober 2008 gilt für MVZ im Hinblick auf angestellte Ärzte eine fallzahlabhängige Honorierung nach folgenden Maßgaben:

Jedem MVZ wird eine der Höhe ihres RLV adäquate Fallzahl pro Quartal zugewiesen.

Diese ergibt sich

- a) mit Wirkung für MVZ mit zugelassenen Ärzten für ab 1. Januar 2007 angestellte Ärzte

aus der durchschnittlichen Quartalsfallzahl der zugelassenen sowie vor dem 1. Januar 2007 angestellten Ärzte im MVZ in den letzten vier Quartalen vor der Anstellung (bei Jungärzten wird die durchschnittliche Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe zu Grunde gelegt), erhöht

um die sich aus auf der Grundlage des wegen der Anstellung des Arztes zugewiesenen RLV-Anteils ergebenden durchschnittlichen Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2. Hierbei ist das Verhältnis des zugewiesenen RLV zum durchschnittlichen RLV der zutreffenden Vergleichsgruppe zu berücksichtigen.

- b) mit Wirkung für MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten für ab 1. Januar 2007 angestellte Ärzte

aus der durchschnittlichen Quartalsfallzahl der am MVZ tätigen Ärzte in den letzten vier Quartalen vor der Anstellung (bei Jungärzten wird die durchschnittliche Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe zu Grunde gelegt), erhöht

um die sich aus auf der Grundlage des wegen der Anstellung des Arztes zugewiesenen RLV-Anteils ergebenden durchschnittlichen Fallzahl des Jahres 2007 der zutreffenden Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2. Hierbei ist das Verhältnis des zugewiesenen RLV zum durchschnittlichen RLV der zutreffenden Vergleichsgruppe zu berücksichtigen.

Wird die zugeteilte Fallzahl im Quartal von dem betroffenen MVZ nicht erreicht, erfolgt entsprechend der Unterschreitungsrate eine Quotierung des auf den ab 1. Januar 2007 angestellten Arzt entfallenden RLV-Anteils des MVZ.

Für die Durchführung der Vorschrift wird der Arztfall gemäß § 1a Nr. 30 des BMV-Ä/EKV verwendet.

(9) Bildung von Vergleichsgruppen zur Ermittlung von durchschnittlichen RLV

Die Bildung von Vergleichsgruppen wird entsprechend Anlage 2 durchgeführt.

- a) Der Vergleichswert für Gemeinschaftspraxen ergibt sich aus der Addition der den Teilnehmern zuzuordnenden Durchschnittswerte.

Der Vergleichswert für Ärzte mit mehreren Zulassungen, die alle der RLV-Regelung unterliegen, ergibt sich aus dem Durchschnitt der den Zulassungen zuzuordnenden Durchschnittswerte.

Auf Ärzte mit mehreren Zulassungen, von denen eine Zulassung der RLV-Regelung unterliegt, gelten die Regelungen nach der ANR.

- b) Für fachärztliche Internisten werden differenzierte Durchschnittswerte je nach Schwerpunkttätigkeit gebildet.

Die Zuordnungen zu den entsprechenden Vergleichsgruppen aus der Vergangenheit werden fortgeführt. Aus der Vergleichsgruppe der fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkttätigkeit stammende fachärztliche Internisten mit den Zulassungsschwerpunkten Endokrinologie, Diabetologie, Hämatologie, Hämatologie u. intern. Onkologie, Rheumatologie sowie Kardiologie mit der Genehmigung zur invasiven Kardiologie werden in die entsprechende Vergleichsgruppe nach Anlage 2 HVM eingeordnet. Entscheidungen der Ärzte gemäß der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM zum 1. April 2005 des Bewertungsausschusses werden berücksichtigt.

Die Einstufung eines ab dem 1. April 2005 zugelassenen Jungarztes als Arzt mit entsprechendem Leistungsschwerpunkt erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen des EBM 2000plus.

Die Vertragspartner werden nach Analyse der Auswirkungen des EBM 2000plus ggf. eine Neuordnung vornehmen.

(10) Antragsrecht des Leistungserbringers

Die KV Sachsen kann auf Antrag eine quartalsbezogene Änderung des RLV einer Praxis bei Vorliegen der nachfolgend aufgeführten Gründe vornehmen:

- a) Anpassung des RLV wegen Praxisschließungen ohne Praxisnachfolger im Umfeld von betroffenen Vertragsärzten oder Beendigung einer Ermächtigung und unvermeidlicher entsprechender Patientenübernahme.

Hierbei gelten folgende Maßgaben:

Die quartalsdurchschnittliche Fallzahl der Quartale des Bemessungszeitraumes der endgültig aufgegebenen Praxis bzw. der beendeten Ermächtigung kann auf die im Einzugsbereich liegenden fachgleichen antragstellenden Nachbarpraxen aufgeteilt werden. Diese erhalten einen Zuschlag entsprechend der Differenz ihrer durchschnittlich abgerechneten Fälle in den auf die Praxisschließung folgenden 4 Quartalen und der eigenen Basisfallzahl. Die Summe der verteilten Fälle darf jedoch die o.g. Durchschnittsfallzahl der geschlossenen Praxis bzw. beendeten Ermächtigung nicht übersteigen. Der so ermittelte Fallzahlzuwachs wird mit dem Fallwert der geschlossenen Praxis bzw. beendeten Ermächtigung multipliziert und auf das rechnerische RLV des Antragstellers aufgeschlagen.

Die Erhöhung des RLV kann, ggf. teilweise - nicht rückwirkend - zurückgenommen werden, wenn nach dem Vorliegen der Abrechnungsergebnisse von max. 4 Quartalen volle Wirksamkeit der Erhöhung durch Überprüfung durch die KV Sachsen festgestellt wird, dass ein Absinken der durchschnittlichen tatsächlichen Fallzahl in den Wirkungsquartalen stattgefunden hat.

Die Änderung kann generell zurückgenommen oder angepasst werden, wenn sich eine Veränderung der Versorgungssituation, z.B. durch eine Neuniederlassung im Umkreis ergibt.

- b) temporäre nachträgliche Anpassung des RLV wegen zeitweiliger Praxisschließungen ohne Vertreter von mehr als sechs Wochen Dauer im Umfeld des betroffenen Vertragsarztes, beispielsweise wegen Erkrankung des Arztes der Nachbarpraxis, und unvermeidlicher entsprechender Patientenübernahme; die Erhöhung des RLV gilt befristet auf die Dauer der zeitweiligen Praxisschließung, die Maßgaben nach Nr. 1 gelten entsprechend und
- c) wegen einer glaubhaft gemachten Einschränkung der regelmäßigen Praxistätigkeit, ausgenommen Urlaub, von mehr als einer Woche Dauer bzw. von mehr als 20 v. H. Teileinschränkung in einem Mindestzeitraum von 1 Monat im Bemessungszeitraum und einer Mindestabsenkung der Fallzahl um 5 v. H. zum Durchschnitt im restlichen Bemessungszeitraum, im Regelfall aufgrund von
 1. Erkrankung,
 2. Schwangerschaft,
 3. Kindererziehung,
 4. Umbau der Arztpraxis und
 5. Reparaturen der notwendigen medizinischen Geräte.

Das RLV einer Praxis kann im Übrigen durch den Vorstand der KV Sachsen aufgrund Sicherstellungsbedarf bzw. aus sonstigen Gründen auf Antrag quartalsbezogen geändert werden.

Die Änderung wird frühestens ab dem Quartal der Antragstellung an die KV Sachsen wirksam.

(11) Änderung RLV von Amts wegen

- a) Ein RLV kann von Amts wegen von der KV Sachsen aufgrund nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigungen einschließlich Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfung oder sonstiger Kürzungsmaßnahmen quartalsbezogen geändert werden.
- b) Das RLV von Praxen, die sich in einem Planungsbereich bzw. einem Planungsteilbereich befinden, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bis zum 31. Januar 2007 eine Fördermaßnahme für die betreffende Arztgruppe beschlossen hat, kann von Amts wegen erhöht werden, wenn auf Grund der RLV-Anpassung gem. § 7 Abs. 2 c) in dem jeweiligen Planungsbereich bzw. einem Planungsteilbereich RLV-Honorare der betreffenden Arztgruppe freiwerden.

Die Erhöhung ist auf die gem. § 7 Abs. 2 c) freigewordenen Mittel beschränkt und kann nur erfolgen, wenn die betroffenen Praxen in dem in § 7 Abs. 2 c) genannten Zeitraum keine Fallzahlreduzierung aufweisen.

- c) Die LVSK erhalten quartalsweise eine Liste, die die von der Regelung gemäß b) betroffenen Praxen (einschließlich Abrechnungsnummer und Betriebsstättennummer) enthält. Die praxis- und planungsbereichsbezogenen Parameter und das Verfahren der

Auswertung werden in Anlage 6 geregelt. Die Daten stellt die KV Sachsen den LVSK ab 1. Quartal 2008 elektronisch im csv-Format zur Verfügung.

(12) Haftungsfreistellung

Die KV Sachsen stellt die Landesverbände und –vertretungen sächsischer Krankenkassen bzw. deren Mitgliedskassen von der Haftung für auf Grundlage von mit den Landesverbänden und –vertretungen sächsischer Krankenkassen nicht abgestimmten Antragsbescheidungen nach Abs. 10 d) frei. Gerichtliche und außergerichtliche Kosten, die bei einer gegen die KV Sachsen gerichteten Anfechtung entsprechender ergangener Bescheide anfallen, gehen zu Lasten der KV Sachsen.

§ 8 Sonstige Regelungen

- (1) Feststellungen der Höhe von einzelnen RLV durch die Verwaltung oder den Vorstand der KV Sachsen, der PMV-Kommission der KV Sachsen oder aufgrund von Anpassungsregelungen auf der Basis von Honorarverteilungsmaßstäben alter Fassung gelten fort.
- (2) Entsprechend den von den Ersatzkrankenkassen in den Quartalen I/1993 bis IV/1995, differenziert nach kurative Leistungen, ambulantes Operieren und präventive Leistungen zur Verfügung gestellten Mitteln und den entsprechend abgerechneten und anerkannten Punktmengen werden die Punktwerte des Ersatzkassenbereiches - separat vom Primärkassenbereich – wie in den genannten Quartalen ausgezahlt festgesetzt.

Im Übrigen wird auch die Honorierung von Leistungen und Kostenerstattungen in den o. g. Quartalen im Ersatzkassenbereich – separat vom Primärkassenbereich – entsprechend den in den genannten Quartalen geltenden gesamtvertraglichen und anderen Regelungen wie in den genannten Quartalen ausgezahlt festgesetzt.

- (3) In Anlage 1 des vom 1. Quartal 2000 bis 4. Quartal 2001 gültigen HVM i. d. F. vom 30. März 2001 wird Punkt 5 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die die unbudgetierten Facharztfonds betreffende Interventionsregelung gilt für die unter Punkt 4 gebildeten Punktwerte analog.“

sowie die Sätze 2 und 3 gestrichen.

- (4) Zur vorläufigen Umsetzung der Anordnung des Sofortvollzuges der Entscheidung des erweiterten Bundesschiedsamtes vom 17. August 2006 zur Festsetzung des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationäres Operieren im Krankenhaus – werden die RLV um die von der genannten Vereinbarung betroffenen Leistungen des ambulanten Operierens mit Wirkung ab 1. Januar 2007 auf Basis der praxisindividuellen durchschnittlich in den Quartalen III/2005 bis II/2006 erbrachten Leistungen des ambulanten Operierens bereinigt, soweit bisher keine Bereinigung erfolgt ist. Die Bereinigung von Begleitleistungen erfolgt auf Basis der Leistungserbringung von späteren Zeiträumen und wird von den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.

Die in den Honorarfonds von Ärzten mit RLV sowie im Honorarfonds für Fachärzte für Anästhesiologie freigesetzten Mittel werden jeweils in einen Unterfonds eingebracht und zur vorläufigen Honorierung der Leistungen des ambulanten Operierens der jeweiligen Honorargruppe außerhalb des RLV eingesetzt, soweit die Vergütung ambulanter Opera-

tionsleistungen sowie von Begleitleistungen gesamtvertraglich nicht geregelt ist. Die Division der zur Verfügung stehenden Mittel durch die betreffenden abgerechneten und anerkannten Leistungen ergibt den Punktwert.

Es gilt eine Interventionsgrenze im 3. und 4. Quartal 2008 in Höhe von 1,44 Cent, deren Einhaltung vorrangig aus dem jeweiligen Honorarfonds zu finanzieren ist, und ein Höchstpunktwert in Höhe von 3,44 Cent.

Nach gesamtvertraglicher Vereinbarung der Regelungen zum ambulanten Operieren bzw. der entsprechenden Bereinigungen in den Gesamtvergütungsvereinbarungen erfolgt ggf. eine Neuberechnung der betroffenen Honorarbescheide.

Die Regelungen dieses Absatzes werden bei Wegfall der Anordnung des Sofortvollzuges gegenstandslos. Die folgende Rückabwicklung dieser Regelungen erfolgt im Folgequartal.

- (5) Die Vertragspartner einigen sich auf die Honorarverteilungsvorschriften der Anlage 3. Weitere notwendige Anpassungen an das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bzw. an weitere Bundesregelungen erfolgen zeitnah und ggf. auch rückwirkend. Sollten Ärzte bereits zuvor im VÄndG geregelte Konstellationen umsetzen, erfolgt eine kurzfristige Verständigung der Vertragspartner zu einer Übergangslösung im HVM oder Einzelfallentscheidung durch den Vorstand der KV Sachsen. Für diese Einzelfallentscheidung gilt die Haftungsfreistellung gem. § 7 Abs. 12 entsprechend.
- (6) Anpassungen der RLV's, die auf Basis von Vereinbarungen zwischen der KV Sachsen und den LVSK erfolgen, verpflichten die KV Sachsen zur Datentransparenz gegenüber den LVSK in Bezug auf die Auswirkungen der vereinbarten Regelungen.
- (7) Über die ab 2. Quartal 2008 geltenden RLV werden die Vertragsärzte bis zum 31. März 2008 durch die Medien der KV Sachsen informiert.

§ 9

In-Kraft-Treten/Geltungsdauer

- (1) Die Änderungen in § 7 Abs. 8a treten am 1. Juli 2008 in Kraft; im Übrigen tritt dieser Honorarverteilungsmaßstab am 1. Oktober 2008 mit Wirkung für das 4. Quartal 2008 in Kraft und ersetzt den Honorarverteilungsmaßstab vom 30. Juni 2008.
- (2) Dieser Honorarverteilungsmaßstab endet am 31. Dezember 2008.

Dresden, den 15. September 2008

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den
Vorstand, Herrn Rolf Steinbronn,
dieser vertreten durch den Geschäftsführer,
Herrn Rainer Striebel
handelnd für die
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

gez.

BKK Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen

gez.

IKK Sachsen

gez.

Knappschaft,
Verwaltungsstelle Chemnitz

gez.

Verband der
Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)
- vertreten durch die Landesvertretung
Sachsen -

Anlage 1

Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten

Für die Vergütung der

- a) niedergelassenen Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte,
- b) als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfs (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien,
- c) niedergelassenen Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- d) niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
niedergelassenen Fachärzte für Nervenheilkunde bzw. Neurologie,
niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse,
niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse oder
niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie mit Genehmigung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

1. Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt b) ist der durchschnittlich abgerechnete Leistungsanteil aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorvorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Leistungsanteils erfolgt erstmals im 1. Quartal des aktuellen Jahres und gilt bis zum 4. Quartal des aktuellen Jahres.
Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes oder einer Gemeinschaftspraxis vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.
2. Die von den in den Punkten a) bis d) genannten Leistungserbringern erbrachten genehmigungspflichtigen und zeitabhängigen Leistungen des EBM werden entsprechend § 85 Absätze 4 und 4a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses bis zu der entsprechenden Obergrenze je Quartal mit dem sich aus dem geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses ergebenden Punktwert im Rahmen des betreffenden Vorwegabzugs aus dem fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil honoriert.
3. Die Punktmenge, die die o. g. Obergrenze überschreitet, wird aus den jeweiligen Honorarfonds vergütet.

Anlage 2

Vergleichsgruppenbildung für Fachgruppen der KV Sachsen für das 3. und 4. Quartal 2008

Nr.	Vergleichsgruppe	durchschnittliches RLV der Vergleichsgruppe
A	B	C
002	FÄ für Augenheilkunde	840.517,6
004	FÄ für Chirurgie, FÄ für Allgemeine Chirurgie	640.650,2
006	FÄ für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, FÄ für Kieferchirurgie	98.395,0
106	FÄ für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, FÄ für Kieferchirurgie - mit Doppelzulassung HNO-Heilkunde	130.865,1
007	FÄ für Kinderchirurgie	612.002,9
107	FÄ für Kinderchirurgie - mit Doppelzulassung Chirurgie	591.297,6
008	FÄ für Neurochirurgie	640.650,2
009	FÄ für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie	640.650,2
010	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	569.508,2
012	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	827.164,0
112	FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie, FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1.631.337,9
212	FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie, FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen - mit Doppelzulassung HNO-Heilkunde	1.631.337,9
013	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	765.686,2
014	FÄ für Nervenheilkunde, FÄ für Neurologie und Psychiatrie	814.603,1
015	FÄ für Neurologie	814.603,1
016	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Psychiatrie	548.112,2
017	FÄ für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, FÄ für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	681.683,1
117	FÄ für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, FÄ für Kinder- u. Jugendpsychiatrie - mit Doppelzulassung Neurologie und Psychiatrie	681.683,1
018	FÄ für Orthopädie, FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie	1.024.733,9
019	FÄ für Physikalische u. Rehabilitative Medizin, FÄ für Physiotherapie	879.573,5
119	FÄ für Physikalische u. Rehabilitative Medizin, FÄ für Physiotherapie - mit Doppelzulassung Orthopädie	866.204,5
020	FÄ für Urologie	793.672,3

021	FÄ für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich), FÄ für Innere und Allgemeinmedizin	825.492,0
022	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt	816.608,6
023	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	980.089,2
024	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie u. invasiver Tätigkeit	1.348.728,3
025	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	1.356.115,6
026	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie / FÄ für Lungen- u. Bronchialheilkunde	1.249.062,5
027	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	828.379,4
028	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	219.583,0
029	FÄ für Innere Medizin ohne (Versorgungs-) Schwerpunkt (fachärztlich.)	832.588,9
030	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie oder Diabetologie	821.984,0
031	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie oder Hämatologie	717.034,2
032	FÄ für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	788.314,5
033	FÄ für Diagnostische Radiologie, FÄ für Radiologie - ohne CT und MRT	753.279,2
034	FÄ für Nuklearmedizin	2.986.661,6
035	FÄ für Diagnostische Radiologie, FÄ für Radiologie, FÄ für Nuklearmedizin - mit CT	1.576.086,6
036	FÄ für Diagnostische Radiologie, FÄ für Radiologie, FÄ für Nuklearmedizin - mit CT und MRT	3.455.737,2
037	FÄ für Diagnostische Radiologie, FÄ für Radiologie, FÄ für Nuklearmedizin - mit MRT	3.465.507,8
039	FÄ für Humangenetik	3.182.628,8

Anlage 3

Von Amts wegen bei der Bildung der RLV zu berücksichtigende Umstände

- a) Auf der Grundlage der vor dem 1. Oktober 1997 geltenden Vorschriften angestellte Ärzte

Die Beendigung der Beschäftigung eines auf der Grundlage der vor dem 1. Oktober 1997 geltenden Vorschriften angestellten Arztes führt zu einer entsprechenden Verminderung des zugeteilten RLV.

- b) Bildung von RLV für „Job-Sharing-Praxen“ und für Praxen, die Leistungsbegrenzungen nach der Angestellten-Ärzte-Richtlinie unterliegen

Die Bildung des RLV unterliegt den üblichen Regelungen des HVM.

Erfolgte das Hinzutreten des neuen Arztes nach dem 1. April 2005, wird das ermittelte RLV um 3 v. H. des durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe erhöht.

Das ermittelte RLV wird nach Durchführung der Begrenzungsregelungen der Angestellten-Ärzte-Richtlinie angewandt.

Die Beendigung der Beschäftigung eines entsprechenden Arztes oder das Erlöschen der Job-Sharing-Regelung führt zu einer Verminderung des RLV des beschäftigenden Arztes um 3 v. H. des durchschnittlichen RLV der Vergleichsgruppe.

Die Bildung des RLV des ehemals beschäftigten Arztes richtet sich nach den Vorschriften über die Bildung und Zuteilung von RLV, wobei der für die Ermittlung des RLV maßgebliche Zeitraum mit Erlöschen der Job-Sharing-Regelung beginnt.

- c) Bildung von RLV für Praxen mit angestellten Ärzten, die gemäß § 95 Absätze 9 und 9a, § 101, § 103 Abs. 4b SGB V oder § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung keinen Leistungsbegrenzungen nach der Angestellten-Ärzte-Richtlinie unterliegen

Soweit ein angestellter Arzt nach dem 31. Dezember 2006 keinen Leistungsbegrenzungen unterliegt, so gelten die Vorschriften über die Bildung und Zuteilung von RLV analog.

Soweit vor dem genannten Datum ein RLV zugewiesen wurde, gilt dieses fort. Bei Nachbesetzungen von nach § 103 Abs. 4b SGB V angestellten Ärzten gelten die Vorschriften zur Praxisübernahme analog.

Der für die Ermittlung eines RLV maßgebliche Zeitraum beginnt mit dem im Genehmigungsbescheid des Zulassungsausschusses genannten Anstellungstermin, frühestens zum 1. Januar 2007.

Bei der Zuweisung des RLV ist stets der Umfang der Tätigkeit zu berücksichtigen.

Die Regelung des § 6 Absatz 2 gilt entsprechend.

Die Honorierung von angestellten Ärzten ohne Leistungsbegrenzung aus dem jeweiligen Honorarfonds richtet sich nach der Facharztbezeichnung des angestellten Arztes.

- d) Veränderung des Versorgungsauftrages

Ändert ein Altarzt seine Zulassung von zeitlich vollem Versorgungsauftrag auf zeitlich hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 SGB V, so wird sein bisheriges RLV um 50 % vermindert. Im umgekehrten Fall wird das bisherige RLV verdoppelt.

Ändert ein Jungarzt seine Zulassung von zeitlich vollem Versorgungsauftrag auf zeitlich hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 SGB V, so gelten für diesen 50 % der Vergleichsgruppenwerte in Anlage 2. Im umgekehrten Fall gelten die Vergleichsgruppenwerte nach Anlage 2.

Die Vorschriften unter Punkt d) gelten analog für die vom Zulassungsausschuss angeordnete hälftige Entziehung oder Ruhen der Zulassung.

- e) Gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen (Teil-Berufsausübungsgemeinschaft)

Die in der Teil-Berufsausübungsgemeinschaften erbrachten Leistungen unterliegen dem RLV des jeweiligen Leistungserbringers bzw. werden aus dem Honorarfonds des jeweiligen Leistungserbringers honoriert.

- f) Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten (ausgelagerte Betriebsstätte)

Der Betrieb einer ausgelagerten Betriebsstätte führt nicht zur Erhöhung des RLV. Die Möglichkeit zur Erhöhung des RLV richtet sich nach dem Antragsrecht nach § 7 Abs. 10 HVM.

- g) Bildung von RLV für Ärzte, die gemäß § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung ermächtigt wurden

Die Bildung des RLV unterliegt den üblichen Regelungen des HVM im Bereich der KV Sachsen.

Bei der Zuweisung des RLV ist stets der Umfang der Tätigkeit zu berücksichtigen.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen aus dem jeweiligen Honorarfonds richtet sich nach der Facharztbezeichnung.

- h) Zusätzliche Kennzeichnungspflichten

Über die Vorschriften des § 6 Abs. 3 hinaus gelten zusätzliche Kennzeichnungspflichten für

- Praxen, in denen die Facharztbezeichnung des anstellenden und angestellten Arztes auseinander fallen
- für weitere Tätigkeiten an Orten außerhalb des Praxissitzes

Anlage 4

Grundzüge der Finanzplanung

- a) Die nach § 7 Abs. 2 gebildeten Regelleistungsvolumina beruhen auf den Regelleistungspunktwerten gemäß § 7 Abs. 4, auf einer Kalkulationsbasis der Leistungen des 2. Quartals 2005 sowie auf den Gesamtvergütungsvereinbarungen des Jahres 2008.

Im Fall der Vereinbarung der außerbudgetären Honorierung bestimmter EBM-Leistungen werden die RLV um die von der einzelnen Praxis in der Vergangenheit erbrachten betroffenen Leistungen anteilig bereinigt.

- b) Hierbei werden insbesondere folgende zu erwartende Mehrausgaben durch die Bildung eines entsprechenden rechnerischen Sicherheitsabschlages (§ 7 Abs. 3) in Höhe von 5 v. H. berücksichtigt:

1. neu niedergelassene Ärzte,
2. Zuwachsmöglichkeiten der RLV,
3. psychotherapeutischer Leistungsbereich,
4. Interventionsregelungen,
5. finanzielle Schwankungen (u.a. Gesamtvergütungen und FKZ).

- c) Dieser rechnerische Sicherheitsabschlag wird bei der Bildung der Anlage 2 berücksichtigt.

- d) Die Kostenabschätzung wurde differenziert nach den Bereichen:

1. Mittel, die als Vorwegabzug aus den Mitteln des jeweiligen Versorgungsbereiches honoriert werden,
2. Mittel vor Trennung der Gesamtvergütung auf den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich,
3. Mittel, die auf den Bereich der Honorarfonds entfallen, vorgenommen.

- e) Die jeweils verbleibenden Mittel werden – unter Beachtung der Aufteilung der Mittel auf den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich – im nächstfolgenden Bereich gemäß Reihenfolge der o. g. Auflistung verwandt.

Anlage 5
Bildung bzw. Festsetzung der RLV bei KV-bereichsübergreifender Tätigkeit gemäß § 7
Abs. 2 f

noch nicht belegt

Anlage 6
Datenlieferung gemäß § 7 Abs. 11 c

Zu § 7 Abs. 11 c sind folgende Daten zu liefern:

1. freigewordene Arztsitze und zugehöriges RLV je betroffenen Planungsbereich oder Teil im Planungsbereich,
2. die Höhe der Anpassung der RLV in % und in Punkten je Arztpraxis, die Anteile der zu versorgenden Patienten in den Planungsbereichen zu 1. übernommen haben,
3. die Angabe, ob die Anpassung zu 2. von Amts wegen oder auf Antrag erfolgte,
4. wie viel Punktmengen je Facharztgruppe und Planungsbereich noch zur Verteilung zur Verfügung stehen.

Zu übergeben sind die vorläufigen Daten der Zuteilung der RLV sowie die nach Ablauf von 4 Abrechnungsquartalen festgesetzten RLV.

Anhang zu Anlage 6

Ausgangsdaten					Verwendung der Mittel									
Planungsbereich/ Teilplanungsbereich mit festgestellter oder drohender Unterver- sorgung bis 31.01.2007	betroffene Vergleich- gruppe	freigewordenes RLV gemäß § 7 Abs. 2c HVM	freigewordene Arzt- sitze ab Feststellung der Unterversorgung		Arztnummer (ab 01.07.08 Betriebsstätten- nummer)	Quartal								Verbleibende Mittel
			Arztsitz	RLV		I/2007	II/2007	III/2007	IV/2007	I/2008	II/2008	III/2008	IV/2008	
Planungsbereich 1	X	X	X	X	ANR1	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X
					ANR2	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	
Planungsbereich 2	X	X	X	X	ANR1	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X
					ANR2	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	X,X	