

# **Gesamtvergütung und Honorarverteilungsmaßstab 2009**

**Vereinbarung  
zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen  
und der sächsischen Gebührenordnung (SGO),  
zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen,  
zur Festlegung des kassenspezifischen  
Behandlungsbedarfs,  
zur Festlegung der Honorarverteilung**

**und**

**Vereinbarung  
über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen  
Tätigkeit  
(belegärztliche Behandlung)**

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN**



## **Kurzbeschreibung der Vereinbarung:**

### **Teil 1 Allgemeine Grundsätze**

Enthält lediglich Formalien

### **Teil 2 Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)**

In § 1 wird der bei der Berechnung der in Sachsen geltenden Preise anzuwendende Regionalpunktwert festgelegt. Er entspricht dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert in Höhe von 3,5001 Cent.

In § 3 werden die bereits erläuterten abweichenden Bewertungen der Leistungen des Mammographiescreenings bzw. der Leistungen von ermächtigten Krankenhäusern geregelt.

### **Teil 3 Ermittlung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

§ 1 enthält die nunmehr geltenden Prinzipien der Gesamtvergütungsstruktur, die sich im wesentlichen aus den Teilen der „vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ (entspricht strukturell der früheren budgetären Gesamtvergütung), der „nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ und Vergütungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusammensetzt.

§ 2 enthält Korrekturen der den Berechnungen zur Gesamtvergütung zu Grunde gelegten Daten.

§ 3 regelt Nachzahlungen im Hinblick auf die nicht vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Abschluss eines Kalenderjahres. Da der Bewertungsausschuss die entsprechenden Nachzahlungen auf Infektionskrankheiten und „Großschadensereignisse“ beschränkt und überdies mit zahlreichen Restriktionen versehen hat, sind Nachzahlung für das Jahr 2009 eher nicht zu erwarten.

Die übrigen Paragraphen enthalten weitere Durchführungsvorschriften.

### **Anlage 1 zu Teil 3 Katalog der außerbudgetären Honorierungen**

Die Anlage enthält den entsprechenden Leistungskatalog. Die betreffenden Leistungen werden ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Gebührenordnung vergütet.

### **Anlage 2 zu Teil 3 Wegepauschalen**

In der Anlage werden die einheitlich für alle Krankenkassen geltenden Wegepauschalen festgelegt.

### **Teil 4 Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs**

Enthält die Berechnungen zur Festlegung des Behandlungsbedarfs jeder Krankenkasse  
– nicht abgedruckt –

## **Teil 5 Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

Die Vereinbarung entspricht in ihrer Struktur dem früheren HVM.

In § 8 ist die Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) gemäß den Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses geregelt. Gesondert hinzuweisen ist auf Absatz 6, da dort die außerhalb der RLV vergüteten Leistungen enthalten sind. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt – wie bei den außerbudgetären Leistungen – ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Gebührenordnung.

### **Anlage 1 zu Teil 5 Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten**

Die Vorschriften enthalten die neu eingeführte Regelung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten.

### **Anlage 2a zu Teil 5 Ärzte mit RLV**

Die Anlage enthält die Vergleichsgruppen zur Ermittlung der Fallwerte der RLV.

### **Anlage 2b zu Teil 5 Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen**

Hierbei handelt es sich um diejenigen psychotherapeutischen Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen.

### **Anlage 2c zu Teil 5 von der Leistungssteuerung ausgenommene Ärzte**

Die Anlage enthält diejenigen Ärzte und Fachwissenschaftler, die von den RLV-Regelungen ausgenommen wurden. Die Vergütung erfolgt ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Gebührenordnung.

### **Anlage 3 zu Teil 5 Grundsätze zur Anpassung der RLV**

Die Anlage enthält nähere Bestimmungen zur Anwendung des Antragsrechtes bezüglich der Veränderung von einzelnen RLV.

### **Anlage 4 Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen**

Hierbei handelt es sich nicht um Rückstellen im eigentlichen Sinne, sondern im wesentlichen um Finanzmittel zur Vergütung von Leistungen außerhalb der RLV (z. B. Labor, organisierter Bereitschaftsdienst, etc.)

– nicht abgedruckt –

**Vereinbarung  
zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen  
und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)  
zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen zur  
Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs  
zur Honorarverteilung**

zwischen

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

vertreten durch den Vorstand,

dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden

Herrn Rolf Steinbronn

zugleich handelnd für

**die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland**

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung  
im Freistaat Sachsen

**dem BKK Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen**

**der IKK Sachsen**

**der Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz**

der

**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

**(LVSK)**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)**

**mit Wirkung für das Jahr 2009**

i. d. F. vom 15. November 2008



## **Inhaltsverzeichnis**

Seite

|  |    |
|--|----|
| <b>Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO) zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs zur Honorarverteilung</b> | 5  |
| <b>Teil 1 Allgemeine Grundsätze</b>  | 8  |
| <b>Teil 2 Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)</b>  | 9  |
| <b>Teil 3 Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen</b>  | 10 |
| Anlage 1<br><b>Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen</b>  | 15 |
| Anlage 2<br><b>Wegepauschalen</b>  | 16 |
| <b>Teil 4 Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs –nicht abgedruckt</b>   | 17 |
| <b>Teil 5 Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen</b>   | 17 |
| Anlage 1<br><b>Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten</b>   | 28 |
| Anlage 2a<br><b>Ärzte mit RLV</b>  | 29 |
| Anlage 2b<br><b>Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen</b>  | 31 |
| Anlage 2c<br><b>Von der Leistungssteuerung ausgenommene Ärzte</b>  | 31 |
| Anlage 3<br><b>Grundsätze zur Anpassung der RLV</b>  | 32 |
| Anlage 4<br><b>Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)</b>   | 32 |
| Anlage 5<br><b>Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit</b>   | 32 |
| Anlage 6<br><b>Datenlieferungen</b>  | 33 |
| Anlage 7<br><b>Fallzahlclusterung</b>  | 33 |
| <b>Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belgärztliche Behandlung)</b>   | 35 |

## **Teil 1**

### **Allgemeine Grundsätze**

#### **§ 1**

##### **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.  
Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.
- (2) Werden gesetzliche Regelungen eingeführt, die dieser Vereinbarung insgesamt konträr gegenüberstehen, sind vor Ablauf des Vereinbarungszeitraumes Neuverhandlungen durch die Vertragspartner aufzunehmen. Vor Neuaufnahme der Vertragsverhandlungen ist von den Vertragspartnern einvernehmlich festzustellen, ob die Neuverhandlungen im Sinne des Abs. 1 oder des Abs. 2 zu führen sind.

#### **§ 2**

##### **Beschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung**

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vom 27./28. August 2008 und dessen Folgebeschluss vom 23. Oktober 2008 sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17. Oktober 2008 zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 werden im Folgenden als Beschluss bezeichnet.

#### **§ 3**

##### **Abweichende Regelung für die Knappschaft**

Die Knappschaft und die KBV schließen auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 83 Satz 1 SGB V sowie § 87a Abs. 3 SGB V für die Zeit ab 1. Januar 2009 einen Gesamtvertrag, in dessen Rahmen die KBV die Abrechnung der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Knappschaft vereinbarten und zu zahlenden Gesamtvergütung durchführt. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV/Knappschaft Vorrang haben.

#### **§ 4**

##### **Unterschriftenregelung**

Die Teile 1, 2, 3 und 5 werden von den Vertragspartnern gemeinsam unterzeichnet. Der Teil 4 wird bilateral zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen sowie für die Ersatzkassen durch den VdAK als Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis vereinbart und unterzeichnet.

#### **§ 5**

##### **Geltungsdauer**

Die Vereinbarung gilt für das Jahr 2009.

## Teil 2

### Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)

#### § 1

##### Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen

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

Er beträgt 3,5001 Cent.

#### § 2

##### Sächsische Gebührenordnung (SGO)

Es gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung.

Der Preis der Leistungen in der sächsischen Gebührenordnung (SGO) ergibt sich gemäß § 87a Abs. 2 SGB V im Regelfall aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem gültigen EBM multipliziert mit dem Regionalpunktwert gemäß § 1.

Für in Euro bewertete Leistungen des EBM gilt in der SGO der im EBM definierte Preis.

#### § 3

##### Abweichende Bewertung von Leistungen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren zur Sicherung einer angemessenen Vergütung folgende ergänzende Regelungen:

- (1) Abweichend von § 1 Abs. 1 und Abs. 2 der Anlage 1 der Vereinbarung zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening in Sachsen werden für die Leistungen des Mammographie-Screenings im Zeitraum 01.01. – 31.12.2009 die nachfolgend festgelegten Zu- und Abschläge zum regionalen Punktwert vereinbart, damit das Vergütungsniveau gemäß vorliegender Vereinbarung beibehalten wird:

|  | <u>01750 bis 01758</u> | <u>01759</u>  |
|--|------------------------|---------------|
| § 1 Abs. 1:                                | + 0,2155 Cent          | + 0,6802 Cent |
| § 1 Abs. 2 Mammographie-Vereinbarung       |                        |               |
| Auslastung größer gleich 70%               | - 0,0600 Cent          | + 0,3702 Cent |
| Auslastung kleiner 70 % größer gleich 55 % | + 0,0368 Cent          | + 0,4791 Cent |
| Auslastung kleiner 55 % größer gleich 40 % | + 0,1484 Cent          | + 0,6048 Cent |
| Auslastung kleiner 40 %                    | + 0,2155 Cent          | + 0,6802 Cent |

- (2) Leistungen von ermächtigten Krankenhäusern und Institutsambulanzen, von anderen ermächtigten, ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie Notfallambulanzen werden zur Berücksichtigung des Investitionskostenabschlags gemäß § 120 Abs. 3 SGB V mit einem um 10% verminderten Regionalpunktwert gemäß § 1 bewertet. Der Ausweis in der SGO erfolgt durch eine allgemeine Anmerkung, dass die betreffenden Leistungen mit 10,00 % verminderten Preisen vergütet werden.

#### **§ 4**

#### **Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM**

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

#### **§ 5**

#### **Organisatorische Regelungen**

Die SGO wird gemäß § 87a Abs. 2 S. 6 SGB V i.V.m. § 87b Abs. 1 SGB V durch die KV Sachsen erstellt und veröffentlicht.

### **Teil 3**

### **Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**

#### **Präambel**

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird im Jahr 2009 gemäß § 87c Abs. 4 SGB V und gemäß Beschlussteil B des in Teil 1 § 2 des Vertrages genannten Beschlusses berechnet.

Die Ermittlung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V i. V. m. Beschlussteil E des in Teil 1 § 2 des Vertrages genannten Beschlusses.

#### **§ 1**

#### **Grundsätze**

- (1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in Sachsen vereinbart.
- (2) Die Gesamtvergütung setzt sich zusammen aus:
  - a) der Vergütung für Leistungen aufgrund des bei Vertragsschluss vorhersehbaren morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten gemäß der Übergangsregelung in § 87c Abs. 4 SGB V
  - b) der Vergütung für Leistungen aufgrund des bei Vertragsschluss nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V
  - c) der Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 4.

#### **§ 2**

#### **Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

- (1) Datenbasis für die Ermittlung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Satzarzt ARZTRG87c4MGV, Version 2.0 in der Lieferung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 29.10.2008. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gemäß des Beschlusses aus der 154. Sitzung des Bewertungsausschusses, Teil B Punkt IV., für

das Jahr 2007 und 2008 sowie die entsprechend des Beschlusses aus der 169. Sitzung des Bewertungsausschusses für das Jahr 2009 zu übermittelnden Versichertenzahlen nach Satzart ANZVER87c4 genutzt.

- (2) Im Falle von fehlerhaften Daten verständigt sich die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband bilateral mit der KV Sachsen. Die kassenspezifische Feststellung des Behandlungsbedarfs erfolgt in Teil 4 der Vereinbarung. Für die Berechnung gilt der Grundsatz nach Absatz 4.
- (3) Sofern nach § 4 dieser Vereinbarung Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, die lt. Datensatz-, Schnittstellen- bzw. Dateninhaltsbeschreibung der Satzart ARZTRG87c4MGV des InBA innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen sind, sind die darauf entfallenden Teil-Behandlungsbedarfe zu bereinigen. Für die Berechnung gilt der Grundsatz nach Absatz 4.
- (4) Sofern für Fehlerkorrekturen nach Absatz 2 oder Bereinigungen nach Absatz 3 auf IST-Leistungsbedarfe (z.B. nach Formblatt 3) abgestellt wird, sind aus diesen Leistungsbedarfen, bei in Euro bewerteten Leistungen umgerechnet in Punkte mit dem Regionalpunktwert nach Teil 2 §1, die Behandlungsbedarfe hochzurechnen. Die Hochrechnung erfolgt nach folgender Formel:

$$\text{Behandlungsbedarf} = \text{Leistungsbedarf} \times 0,9517 \times 1,097 \times 1,051$$

Die so ermittelten Behandlungsbedarfe sind auf die Behandlungsbedarfe nach Absatz 1 anzurechnen.

- (5) Nach Feststellung der Vertragspartner sind in den Daten nach Absatz 1 Satz 1 unzutreffend die Gebührenordnungspositionsnummern

GOP 40190 Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage

und

GOP 40192 Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits eines Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht

nach der Datenschnittstellenbeschreibung des InBA dem Segment RA zugeordnet. Dieser Fehler ist nach Absatz 2 zu korrigieren.

- (6) Die Behandlungsbedarfe nach Absatz 1 Satz 1 sind um alle im Jahr 2007 erbrachten belegärztlichen (kurativ-stationäre) Leistungen zu bereinigen, die nicht unter den Beschluss Teil A Punkt 1.2. fallen. Für die Umsetzung gelten die Absätze 3 und 4. Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband verständigt sich bilateral mit der KV Sachsen zur individuellen Datenbasis.
- (7) Unter analoger Anwendung des § 4 der 1. Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening in Sachsen ist die Datenbasis nach Absatz 1 Satz 1 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt auf Basis von 10 v.H. der nachgewiesenen Leistungsbedarfe des Jahres 2007 für

bereichseigene Ärzte, GOP 34270 EBM. Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband verständigt sich bilateral mit der KV Sachsen zur individuellen Datenbasis. Von den je Quartal 2007 zu ermittelnden Leistungsbedarfen sind zur Berücksichtigung des Starts der sächsischen Mammografie-Screening-Einheiten folgende Quoten zu bilden:

|                   |          |  |
|-------------------|----------|--|
| Quartal I./2007   | 100 v.H. | keine Einheit aktiv  |
| Quartal II./2007  | 100 v.H. | keine Einheit aktiv  |
| Quartal III./2007 | 60 v.H.  | Einheiten Chemnitz und Dresden aktiv                       |
| Quartal IV./2007  | 20 v.H.  | Einheiten Chemnitz, Dresden, Ostsachsen und Leipzig aktiv. |

Die Leistungsbedarfe sind gemäß Absatz 4 in Behandlungsbedarfe hochzurechnen.

- (8) Die Sachkosten der Dialyse durch Einrichtungen der KfH oder PHV werden für die Quartale 1/2007 bis 4/2007 aus den EFN-Daten bereichseigen ermittelt und unter Anwendung der in Absatz 4 festgelegten Rechenmethodik vom Behandlungsbedarf abgesetzt, sofern diese Sachkosten mit „RA“ gekennzeichnet wurden..
- (9) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (10) Für Krankenkassen (ohne Fusionen), für welche im Jahre 2007 mehrere Vertragskassennummern (VKNR) existieren, gelten Besonderheiten, da nach der Datensatzbeschreibung für die Satzart ANZVER87c4 nur die Gesamt-Versichertenzahl für das Haupt-Institutionskennzeichen zu liefern war. Die Behandlungsbedarfe je VKNR werden für diese Krankenkassen zusammengeführt. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (11) Zusätzlich werden mit den Krankenkassen in Teil 4 abzustimmende Anpassungen des Behandlungsbedarfs berücksichtigt.
- (12) Sofern der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Betrages je Versicherten, der einem Selektivvertrag beitrifft, beschlossen hat, verständigen sich die Vertragspartner über die Umsetzung.
- (13) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Krankenkasse und Quartal nach Fehlerkorrekturen, Bereinigungen und Anpassungen nach den Absätzen 11 und 12 wird durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im KV-Bereich 98 im jeweiligen Quartal des Jahres 2007 gemäß Satzart ANZVER87c4 dividiert, um den für das Jahr 2009 zu Grunde zu legenden Behandlungsbedarf je Versicherten und Quartal zu ermitteln. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf 4 Nachkommastellen zu runden. Diese Behandlungsbedarfe werden zur Ermittlung der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit der Zahl der Versicherten des Quartals III/2008 des KV-Bereichs 98 der jeweiligen Krankenkasse multipliziert.
- (14) Die nach Absatz 13 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe werden ohne Rundung jeweils mit dem Regionalpunktwert gemäß Teil 2 § 1 multipliziert und ergeben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal, die auf 2 Stellen nach dem Komma kaufmännisch zu runden ist.

### **§ 3**

#### **Festsetzung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

- (1) Zahlungen zur Begleichung von nicht vorhersehbarer Morbidität sind einmalig und nicht basiswirksam.
- (2) Die Modalitäten der Umsetzung des Punktes 2.1 des Beschlusses Teil E stimmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen in Sachsen gemeinsam und einheitlich entsprechend vorliegender Bundesvorgaben mit der KV Sachsen ab.  
Die sich daraus ergebende Höhe der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird zwischen der Krankenkasse und der KV Sachsen in Teil 4 vereinbart. Die Zahlung kann frühestens nach Feststellung des unvorhergesehenen Morbiditätsanstiegs erfolgen.
- (3) Die Feststellung eines Ereignisses gemäß Teil E Punkt 3.1 obliegt den nach dem Sächs. Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKKG) zuständigen Behörden. Für ärztliche Behandlungen aufgrund von Ausnahmeeignissen gemäß Teil E Punkt 3.1 des Beschlusses ist ein gesonderter Behandlungsschein auszustellen. Dieser ist über eine Pseudo-Ziffer zu kennzeichnen. Die Vergütung der gekennzeichneten Leistungen erfolgt nach Rechnungslegung durch die KV Sachsen analog den in § 7 vereinbarten Zahlungsfristen.

### **§ 4**

#### **Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Die Leistungen gemäß Anlage 1 und 2 (Wegepauschalen) werden im Jahr 2009 außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet.

### **§ 5**

#### **Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ)**

Im Falle der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen von der KV Sachsen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die Preise nach Satz 1 von den im Bereich der KV Sachsen vereinbarten Preisen ab, werden die Differenzen im Rahmen der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen verrechnet. Die der Verrechnung zugrunde liegenden Leistungen, deren Preise je KV-Bereich mit den dazugehörigen Frequenzen, weist die KV Sachsen bis zu einer entsprechenden Änderung des Formblatt 3 gesondert nach. Die Vergütung dieser Leistungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung richtet sich nach dieser Vereinbarung.

Die Verrechnungen im FKZ richten sich nach der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V.

### **§ 6**

#### **Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen**

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V sind gemäß den Vergütungsgrundsätzen des Kassenarztrechts auf die vorhersehbare

morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 2 anzurechnen, soweit der betroffene Versicherte nicht bereits im gesamten Kalenderjahr 2007 das Kostenerstattungsverfahren gewählt hat. Abweichende kassenspezifische Regelungen können in Teil 4 der Vereinbarung getroffen werden.

## **§ 7**

### **Abschlags- und Restzahlungen**

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

## **§ 8**

### **Rechnungsabschluss 2009**

Die nach Abschluss des Jahres 2009 nicht ausgeschöpften Behandlungsbedarfe je Krankenkasse in Punkten werden, multipliziert mit dem regionalen Punktwert, gesondert je Krankenkasse ausgewiesen und kassenartenspezifischen Fonds zugeführt.

Über diese zum Jahresabschluss 2009 verfügbaren Mittel nach Satz 1 treffen die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine einvernehmliche Regelung nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschuss und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner, die bei Nichteinigung auf Antrag durch das Landesschiedsamt festgesetzt wird.

## **§ 9**

### **Sonstige Festlegungen**

Zur Umsetzung von zukünftigen Bundes- bzw. Durchführungsempfehlungen oder einschlägigen Beschlüssen nehmen die Vertragspartner unverzüglich die Verhandlungen auf.

## Anlage 1 zu Teil 3

### **Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen**

Im Jahr 2009 werden außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet:

1. Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
2. regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die EBM-Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe (EBM-Gebührenordnungsposition 08410 bis 08416) sowie die weiteren enthaltenen Leistungen in der regionalen Belegarztvereinbarung Sachsen. Die in der Belegarztvereinbarung geregelten Leistungen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sofern die Belegarztvereinbarung Regelungen enthält, die von den Regelungen des vorliegenden Vertrags abweichen, sind sich die KV Sachsen und die LVSK einig, dass die Regelungen der Belegarztvereinbarung Vorrang haben.
4. Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die EBM-Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM, darunter die Leistungen des Mammographiescreenings außerhalb der genannten Abschnitte (Kap. 40.16 EBM)
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a (GOP 01723 EBM)
7. Hautkrebscreening (GOP 01745 und 01746 EBM)
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM)
9. Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841 EBM)
10. Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735, 40680 EBM)
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung (Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X des EBM)

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

12. Substitutionsbehandlung (GOP 01950 bis 01952 EBM)

## Anlage 2 zu Teil 3

### Wegepauschalen

|              | 1                 | 2           | 3  | 4                | 5 |
|--------------|-------------------|-------------|--|------------------|---|
|              | <b>Pseudo-GOP</b> | <b>Zone</b> | <b>Erläuterung</b>   | <b>Pauschale</b> |   |
| <b>Tag</b>   | <b>93220</b>      | 1           | bis 2 km T   | 3,90 €           |   |
|              | <b>93222</b>      | 2           | 2 – 5 km T   | 7,00 €           |   |
|              | <b>93224</b>      | 3           | 5 – 10 km T  | 10,00 €          |   |
|              | <b>93226</b>      | 4           | 10 – 15 km T   | 12,00 €          |   |
|              | <b>93228</b>      | 5           | 15 – 20 km T   | 14,00 €          |   |
|              | <b>93230</b>      | 6           | 20 – 25 km T   | 16,00 €          |   |
|              | <b>93232</b>      | 7           | 25 – 30 km T   | 18,00 €          |   |
|              | <b>93234</b>      | 8           | 30 – 35 km T   | 20,00 €          |   |
|              | <b>93236</b>      | 9           | ab 35 km T   | 22,00 €          |   |
| <b>Nacht</b> | <b>93221</b>      | 1           | bis 2 km N   | 8,90 €           |   |
|              | <b>93223</b>      | 2           | 2 – 5 km N   | 12,00 €          |   |
|              | <b>93225</b>      | 3           | 5 – 10 km N  | 15,00 €          |   |
|              | <b>93227</b>      | 4           | 10 – 15 km N   | 17,00 €          |   |
|              | <b>93229</b>      | 5           | 15 – 20 km N   | 19,00 €          |   |
|              | <b>93231</b>      | 6           | 20 – 25 km N   | 21,00 €          |   |
|              | <b>93233</b>      | 7           | 25 – 30 km N   | 23,00 €          |   |
|              | <b>93235</b>      | 8           | 30 – 35 km N   | 25,00 €          |   |
|              | <b>93237</b>      | 9           | ab 35 km N   | 27,00 €          |   |
|              | 93250<br>A – D... |             | Zuschlag org. BD   | 6,00 €           |   |
|              | 93251<br>A – D... |             | Zuschlag Fahrdienst im BD<br>(neben GOP 93250 A – D...<br>abrechenbar) | 5,00 €           |   |

Abk.: T Fahrten zwischen 07:00 und 19:00 Uhr  
 N Fahrten zwischen 19:00 und 07:00 Uhr  
 Org. BD Organisierter Bereitschaftsdienst

## **Teil 4**

### **Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs**

– nicht abgedruckt –

## **Teil 5**

### **Vereinbarung zur HONORARVERTEILUNG im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

| <b>Inhaltsverzeichnis</b>  | <b>Seite</b> |
|--|--------------|
| Präambel   | 18           |
| § 1 Anwendungsbereich  | 18           |
| § 2 Zusammensetzung der Gesamtvergütungen  | 19           |
| § 3 Allgemeine Abzüge und Zuführungen  | 19           |
| § 4 Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich          | 19           |
| § 5 RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlicher Versorgungsbereiches                                      | 20           |
| § 6 RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches                                      | 20           |
| § 7 Gemeinsame Vorschriften  | 20           |
| § 8 Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)                               | 21           |
| § 9 Verteilung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung                           | 26           |
| § 10 Datenlieferungen  | 27           |
| § 11 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer   | 27           |
| Anlage 1 Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten                                     | 28           |
| Anlage 2a Ärzte mit RLV  | 29           |
| Anlage 2b Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen                          | 31           |
| Anlage 2c Von der Leistungssteuerung ausgenommene Ärzte  | 31           |
| Anlage 3 Grundsätze zur Anpassung der RLV  | 32           |
| Anlage 4 Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit) | 32           |
| Anlage 5 Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit   | 32           |
| Anlage 6 Datenlieferungen  | 33           |
| Anlage 7 Fallzahlclusterung  | 33           |

## **Präambel**

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2009 mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2009 haben die Landesverbände der Krankenkassen und der VdAK-Verband der Angestellten-Krankenkassen mit Abschlussvollmacht für die Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage des § 85 Absätze 4 und 4a SGB V sowie § 87b Abs. 4 SGB V folgende Honorarverteilungsregelungen vereinbart:

## **§ 1**

### **Anwendungsbereich**

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die nach Vereinbarungsteil 3 zu leistenden Gesamtvergütungszahlungen.
- (2) Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V 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.
- (3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
- (4) Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich dem Vertragsarzt vorbehalten. Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieser Vereinbarung; 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, mit Ausnahme der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten 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

### Zusammensetzung der Gesamtvergütungen

Die Gesamtvergütungen setzen sich aus den Leistungen entsprechend Teil 3 und 4 zusammen.

## § 3

### Allgemeine Abzüge und Zuführungen

- (1) Leistungen für Versicherte, deren Wohnort nicht in Sachsen ist, aber ärztliche Behandlung in Sachsen in Anspruch nehmen, werden wie Leistungen für Versicherte mit Wohnort in Sachsen vergütet. Ausgenommen hiervon sind separate Verträge ohne Anerkennungsvereinbarung.
- (2) Aus den eingehenden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, werden für den Ausgleich bestimmter Ansprüche Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4.1 vorgenommen.
- (3) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen verwendet.

## § 4

### Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Die Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens richtet sich nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen 2007 – ohne die Leistungen, die vor der Trennung in die Versorgungsbereiche vergütet werden (Anlage 4.1) - unter Berücksichtigung des jeweiligen Faktors des Versorgungsbereiches für EBM 2008-Anpassungen. Die Berechnungen richten sich nach Beschlussteil F Anlage 2 Nr. 1.

$$\text{VRLV}_{\text{VB}} = \frac{\text{VG}_{\text{VB}} \times \text{RLV}_{\text{VG}}}{\text{VG}}$$

$\text{VRLV}_{\text{VB}}$ : vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs

$\text{VG}$ : Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen aller Arztgruppen

$\text{VG}_{\text{VB}}$ : Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

$\text{VB}$ : hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

$\text{RLV}_{\text{VG}}$ : RLV-Vergütungsvolumen

- (2) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt werden die RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche entsprechend Beschlussteil F Anlage 2 Nr. 2 c wie folgt angepasst:
  1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet quartalsweise statt.
  2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.
- (3) Das so angepasste und aufgeteilte RLV-Vergütungsvolumen wird im Folgenden als vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereiches verwendet.

## **§ 5**

### **RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches**

- (1) Aus dem nach § 4 angepassten vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 vorgenommen.
- (2) Das so angepasste vorläufige RLV Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches verwendet.

## **§ 6**

### **RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches**

- (1) Aus dem nach § 4 angepassten vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 vorgenommen.
- (2) Das so angepasste vorläufige RLV Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches verwendet.

## **§ 7**

### **Gemeinsame Vorschriften**

- (1) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der jeweiligen Vergleichsgruppe in Anlage 2a zugeordnet und unterliegen der Leistungssteuerung. Sofern sie dort nicht zugeordnet werden können, gilt § 8 Abs. 7 und 8.  
  
Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.
- (2) Ermächtigte Ärzte, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Anlage 2a zugeordnet und unterliegen der Leistungssteuerung. Sofern sie dort nicht zugeordnet werden können, gilt § 8 Abs. 7.
- (3) Das RLV von Vertragsärzten, die in mehreren Praxissitzen tätig sind, wird gemäß dem vom Zulassungsausschuss festgesetzten Tätigkeitsumfang aufgeteilt.

## **§ 8**

### **Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)**

#### **(1) Allgemeine Regelung**

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal ein RLV in EURO vorgegeben. Bis zu dessen Ausschöpfung werden die abgerechneten Leistungen, die dem RLV unterliegen, mit den in der sächsischen Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet. Die das RLV überschreitenden Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen gemäß Absatz 4 vergütet.

Die RLV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

#### **(2) Bestimmung der RLV**

Jeder Vertragsarzt einer Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a erhält ein RLV. Die Höhe des RLV eines Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes (FW AG) und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal (Aufsatzzeitraum).

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 7.

Der für einen Arzt zutreffende vergleichsgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Vergleichsgruppe des Vorjahresquartals hinausgehenden Fall wie folgt vermindert:

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
- um 75 % für Fälle über 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 zu ermitteln.

Vertragsärzte erhalten zusätzlich Fallwertzuschläge gemäß Beschluss Teil F Anlage 1 Nrn. 5 und 6.

#### **(3) Bildungsvorschriften zum RLV**

Die RLV werden je Arzt ermittelt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arzt-

praxis zugewiesenen RLV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Die Höhe des zutreffenden RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Vergleichsgruppe / desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet. Diese Regelung ist befristet vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2009.

#### **(4) Honorierung nach RLV**

Die innerhalb RLV erbrachten Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

Die das RLV übersteigenden Leistungen (Restleistungen) werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser ergibt sich aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen EBM ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen (3 % des jeweiligen vorläufigen Vergütungsvolumens) und dem die RLV überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereiches ergibt. Die Quote ergibt sich durch folgende Formel:

Quote = 3 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des jeweiligen Versorgungsbereichs dividiert durch die je Versorgungsbereich anfallenden RLV übersteigenden Leistungen bewertet mit dem regionalen Punktwert

Die Umsetzung der Regelung erfolgt durch Anwendung einer Quote auf die Preise der sächsischen Gebührenordnung.

Die maximale Quote für die die RLV überschreitenden Leistungen ergibt sich aus dem Quotienten zwischen einem Punktwert von 3,50 Cent und dem Regionalpunktwert.

#### **(5) RLV-relevante Fälle**

RLV-relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Bereitschaftsdienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungs- und Kostenarten, die nicht den RLV-Regelungen unterliegen, abgerechnet werden.

Aufgrund der fehlenden flächendeckenden Kennzeichnungspflicht für Vertragsärzte im 1. Halbjahr 2008 gilt für die Ermittlung der RLV im 1. Halbjahr 2009 folgende Übergangsregelung:

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle.
- b) In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte.
- c) Die Zahl der Arztfälle im 1. Halbjahr 2008 in fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen werden, sofern diese nicht bereits im 1. Halbjahr 2008 kennzeichnen, nach der Zahl der abgerechneten arzt-

gruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen. Sofern in fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften Ärzte des gleichen Fachgebiets tätig sind, gilt für diese eine analoge Regelung nach Beschluss Teil F Anlage 2 Pkt. 7b.

## **(6) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen**

Bei der Bildung der RLV ausgenommen und nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet werden die folgenden Leistungen:

- antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2
- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241 bzw. GOP 13253 und 27323)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Leistungen der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (Fachärztlicher Versorgungsbereich: GOP 13437, 13438, 13439 und 13677 sowie analog Kapitel 4; hausärztlicher Versorgungsbereich: GOP 04523, 04525, 04527, 04537)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Polysomnographie (GOP 30901)
- MRT-Angiographie (GOP des Abschnitts 34.4.7)
- alle nach Teil 3 § 4 honorierten Leistungen, darunter alle regional vereinbarten, nicht im EBM enthaltenen Leistungen, u. a. Belegärztliche Leistungen gemäß Belegarztvereinbarung.

Die Höhe der betreffenden Rückstellungen und deren Bildung ggf. bezogen auf die betreffenden Versorgungsbereiche regelt Anlage 4. Sofern für die oben genannten Leistungen in den Versorgungsbereichen keine Rückstellungen gebildet werden, sind diese Leistungen Bestandteil des RLV.

### **(7) Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen**

Die in Anlage 2b genannten Fachgruppen unterliegen nicht der Leistungssteuerung über RLV sondern zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Die Ermittlung und Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen regelt Anlage 1.

### **(8) Von der Leistungssteuerung ausgenommene Leistungserbringer**

Alle in Anlage 2c genannten Leistungserbringer sind von der Leistungssteuerung ausgenommen.

### **(9) Regelungen für Jungärzte, Vergleichsgruppenwechsler und Praxisübernahmen**

Jungärzte sind Ärzte, welche im Aufsatzzeitraum zur Bestimmung der individuellen Fallzahl bei der Berechnung der RLV, beginnend mit dem Quartal I/2008, noch nicht oder noch keine vollen 8 Quartale niedergelassen waren.

Für diese Ärzte gilt das vergleichsgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal, es sei denn, das auf der Basis der allgemeinen Regelungen berechnete RLV übersteigt das vergleichsgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen.

Nach Ablauf von 8 Quartalen bzw. ab dem Quartal, ab dem das nach den allgemeinen Regelungen berechnete RLV das vergleichsgruppendurchschnittliche RLV übersteigt, wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet.

Die Regelung gilt für Vergleichsgruppenwechsler bis zum Erreichen des ersten Aufsatzzeitraumes, dem die neue Vergleichsgruppe zu Grunde liegt, analog.

Bei Praxisübernahmen kann der Praxisübernehmer wahlweise

- für den Aufsatzzeitraum zur Berechnung der RLV die vom Praxisabgeber in den letzten vier Quartalen vor der Praxisabgabe erbrachten Fallzahlen übernehmen, soweit er derselben Vergleichsgruppe wie der Praxisabgeber angehört, oder
- die Jungarztregelung in Anspruch nehmen.

### **(10) Angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten**

Die Regelungen zur Bildung der RLV gelten auch für angestellte Ärzte mit Ausnahme der gemäß Nr. 23 i der Bedarfsplanungsrichtlinien Leistungsbeschränkungen unterliegenden angestellten Ärzte. Für diese gelten die Vorschriften des Absatzes 11.

Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erhalten kein eigenes RLV. Für die von Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erhält der Praxisinhaber kein zusätzliches RLV.

### **(11) Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen gemäß Nr. 23 a der Bedarfsplanungs-Richtlinien („Job-Sharing-Praxen“)**

Bei der Bemessung des RLV des hinzutretenden Arztes wird die zu berücksichtigende Fallzahl in Höhe von 3 % der Fallzahl des anstellenden Vertragsarztes im Vorjahresquartal angesetzt. Diese Regelung gilt nur für Zulassungen nach dem Aufsatzzeitraum.

Die RLV-Regelungen werden nach Durchführung der Begrenzungsregelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien angewandt.

Nach Erlöschen der Leistungsbeschränkungen aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten für den hinzugetretenen Arzt die Regelungen von Absatz 9.

### **(12) 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 im Bereich der KV Sachsen zu berücksichtigen.

### **(13) Antragsrecht des Leistungserbringers zur Ausnahme von der Abstufelung**

Bei Vorliegen der u. g. Umstände können auf Antrag des Arztes Leistungen über das arzt-/praxisbezogene RLV hinaus ganz oder teilweise mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet werden:

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft von über sechs Wochen Dauer,
- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis von über sechs Wochen Dauer,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

Die Grundsätze zur Anpassung der RLV finden sich in Anlage 3.

### **(14) Praxisbesonderheiten**

Auf Antrag des Arztes kann der bei der Berechnung des RLV anzuwendende vergleichsgruppenspezifische Fallwert bei Vorliegen der u. g. Umstände abweichend von den allgemeinen Regelungen festgesetzt werden.

Eine Praxisbesonderheit kann nur mit einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung begründet werden.

Zusätzlich ist eine aus der Praxisbesonderheit resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Vergleichsgruppe von mindestens 30 % erforderlich.

Die KV Sachsen prüft und entscheidet über den Antrag des Arztes. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Sachsen werden über die Entscheidungen kurzfristig informiert. Das Verfahren wird von den Vertragspartnern in einer Durchführungsvereinbarung geregelt.

### **(15) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten**

Sofern die Regelungen der Absätze 13 oder 14 keine Anwendung finden und sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal verringert, kann die KV Sachsen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Die im Jahr 2009 geltende Honorarverteilungsregelung ist bei der Ermittlung der zum Vergleich heranzuziehenden Vorjahresquartals honorare zu berücksichtigen.

Mögliche Ausgleichszahlungen für ein Quartal sind vorbehaltlich der tatsächlichen Leistungserbringung im entsprechenden Quartal des Jahres 2009 zu leisten.

Die KV Sachsen prüft und entscheidet über die betroffenen Fälle. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Sachsen werden über die Entscheidungen kurzfristig informiert. Das Verfahren wird von den Vertragspartnern in einer Durchführungsvereinbarung geregelt.

### **(16) Änderung der RLV von Amts wegen**

Ein RLV kann von Amts wegen von der KV Sachsen aufgrund nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigungen einschließlich Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder sonstigen Kürzungsmaßnahmen quartalsbezogen geändert werden.

Weiterhin erhalten Vertragsärzte, welche im Aufsatzzeitraum in einer arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaft bzw. in einer Praxis mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe / desselben Schwerpunktes tätig waren und im aktuellen Quartal als Einzelarzt bzw. in einer arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft bzw. in einer Praxis mit angestellten Ärzten unterschiedlicher Arztgruppe/unterschiedlicher Schwerpunkte niedergelassen sind, bei der Bemessung des RLV einen Aufschlag in Höhe von 10 %. Diese Regelung gilt nur im ersten Halbjahr 2009.

### **(17) Anpassung der RLV aus sonstigen Gründen**

Sofern Anpassungen der RLV aus Gründen, die bisher nicht beschrieben sind, erforderlich sind, verständigen sich die Vertragspartner kurzfristig. Nach Abstimmung der Vertragspartner kann die Anpassung der RLV ohne Antrag des Vertragsarztes erfolgen.

## **§ 9**

### **Verteilung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

- (1) Im Falle eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund des Beschlusses Teil E Punkt 2.1 verständigen sich die Vertragspartner über die Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel.
- (2) Bezüglich des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen werden die gekennzeichneten zusätzlichen Leistungen gemäß Beschluss Teil E Punkt 3.3 vergütet.

- (3) Zusätzlich entstehende Arztfälle und Behandlungsbedarf gemäß Abs. 1 und 2 werden nicht basisrelevant.

### **§ 10 Datenlieferungen**

Art und Umfang der Datenlieferungen zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen sind in Anlage 6 geregelt.

### **§ 11 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer**

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2009 mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2009 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 12. September 2008.

Dresden, den 15. November 2008

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

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

BKK Landesverband Ost,  
Landesrepräsentanz Sachsen

IKK Sachsen

Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Chemnitz

Verband der  
Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)  
Die Leiterin der 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 Bedarfsplannungsrichtlinien,
- c) niedergelassenen Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- d) niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

1. Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt b) ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarf aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorvorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Anteils 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. Den unter a) bis d) genannten Leistungserbringern werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Arzt durch die KV Sachsen zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß unten genannter Vorschriften ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen (Quote für Restleistungen) vergütet.

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der o. g. Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der o. g. Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt.

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der o. g. Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte der o. g. Anteile.

## Anlage 2a

### Ärzte mit RLV

| Vergleichsgruppe | Bezeichnung  |
|------------------|--|
| 001              | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören <b>ohne Leistungsschwerpunkt</b>                |
| 002              | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören <b>mit Leistungsschwerpunkt Onkologie</b>       |
| 003              | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören <b>mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie</b> |
| 004              | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  |
| 005              | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die, gemessen am RLV- relevanten Leistungsbedarf, mehr als 30% Leistungen aus Kapitel 4.4.1 EBM abrechnen                             |
| 006              | nicht besetzt  |
| 007              | Fachärzte für Anästhesiologie  |
| 008              | Fachärzte für Augenheilkunde   |
| 009              | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie  |
| 010              | Fachärzte für Frauenheilkunde  |
| 011              | Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin   |
| 012              | Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde   |
| 013              | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten   |
| 014              | Fachärzte für Humangenetik   |
| 015              | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören   |
| 016              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie  |
| 017              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie   |
| 018              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie   |
| 019              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie   |
| 020              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie  |
| 021              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit Abrechnungsgenehmigung Streßchokardiographie mit Kippoliege  |
| 022              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit  |
| 023              | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie  |



| <b>Vergleichsgruppe</b> | <b>Bezeichnung</b>   |
|-------------------------|--|
| 024                     | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie   |
| 025                     | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie   |
| 026                     | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  |
| 027                     | Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie   |
| 028                     | Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit mehr als 15% Anteil aus Kapitel 16 EBM gemessen an der Summe des abgerechneten Leistungsbedarfes aus Kapitel 16 und 21 EBM    |
| 029                     | Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit weniger als 15% Anteil aus Kapitel 16 EBM gemessen an der Summe des abgerechneten Leistungsbedarfes aus Kapitel 16 und 21 EBM |
| 030                     | Fachärzte für Neurologie   |
| 031                     | Fachärzte für Nuklearmedizin   |
| 032                     | Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) <b>ohne Leistungsschwerpunkt</b>   |
| 033                     | Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) <b>mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie</b>  |
| 034                     | Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie   |
| 035                     | Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie   |
| 036                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 1)  |
| 037                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 2)  |
| 038                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 3)  |
| 039                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 4)  |
| 040                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 5)  |
| 041                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 6)  |
| 042                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 7)  |
| 043                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 8)  |
| 044                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 9)  |
| 045                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 10)   |
| 046                     | Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 11)   |
| 047                     | Fachärzte für Urologie   |
| 048                     | Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin   |
| 049                     | schmerztherap. tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704   |

Die Vergleichsgruppen 001 bis 006 sind dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen, die übrigen Vergleichsgruppen sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen. Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

Für die Zuordnung in die Gruppe der Fachärzte für diagnostische Radiologie ist die Leistungsstruktur der Praxis ausschlaggebend, in der die Ärzte tätig sind.

## **Anlage 2b**

### **Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen**

- 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 sowie
- niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

## **Anlage 2c**

### **Von der Leistungssteuerung ausgenommene Ärzte**

- Fachärzte für Strahlentherapie,
- Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde.
- Fachwissenschaftler der Medizin und Fachärzte für Pathologie, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen
- Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z.B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht unter Anstrich 3 genannt sind

### **Anlage 3**

## **Grundsätze zur Anpassung der RLV**

### Antragsrecht des Arztes zur Ausnahme von der Abstaffelung

Auf Antrag des Arztes bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im aktuellen Quartal aufgrund

- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft von über sechs Wochen Dauer,
- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis von über sechs Wochen Dauer,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,

können die über das Regelleistungsvolumen hinaus gehenden Leistungen abweichend honoriert werden, sofern dem zu vertretenden Arzt ein eigenes RLV zugewiesen wurde.

Die oben genannten Antragsgründe gelten auch im Fall einer außergewöhnlichen starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund einer Vertretung wegen Mutterschutz und Elternzeit.

Anträge können bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten über 5% gemessen an der individuellen, RLV-relevanten Fallzahl des Arztes des betreffenden Quartals aufgrund der oben genannten Gründe gestellt werden.

### Antragsrecht des Vertragsarztes aufgrund außergewöhnlich niedriger Fallzahl im Aufsatzquartal

Auf Antrag des Arztes aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat, kann das Regelleistungsvolumen abweichend gebildet werden. Hierzu zählen z. B. längere Krankheit des Arztes, Mutterschutz, Elternzeit und vorübergehende, vom Arzt unverschuldete Praxisschließungen.

In diesen Fällen bemisst sich die dem RLV zugrunde gelegte Fallzahl auf Basis des Durchschnitts der vier vor dem Aufsatzzeitraum abgerechneten Quartale. Sofern dies nicht möglich ist, bildet die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe die Grundlage für die Bemessung des RLV.

Das Nähere zur Bearbeitung der eingehenden Anträge und die Informationspflicht regeln die von den Vertragspartnern abzustimmenden Durchführungsbestimmungen.

### **Anlage 4**

## **Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)**

– nicht abgedruckt –

### **Anlage 5**

## **Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit**

Anlage wird bis zum 31.01.2009 erarbeitet. Bis zur Ratifizierung dieser Anlage gilt für diese Fälle § 8 Abs. 17.

## Anlage 6

### Datenlieferungen

#### Datenlieferungen zu § 8 der Vereinbarung

Quartalsweise:

RLV je Arzt

Durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe (VG)

Fallwerte pro VG

Kennzeichnung Jungärzte

#### Datenlieferungen zu § 8 Abs. 13 – 16 der Vereinbarung

werden in der Durchführungsvereinbarung geregelt.

#### Datenlieferungen zu § 9 der Vereinbarung

werden bei Bedarf abgestimmt

#### Datenlieferungen zwecks Anpassung der Vorwegabzüge

Werte I/2008 – I/2009 voraus. Mai

Die Datenlieferungen zu Fallzahl des Vorjahresquartals je Arzt

– Morbiditätsfaktor je Arzt

– Datenlieferungen zu den IST-Abrechnungen (Ausschöpfung und Quote von RLV je Praxis – Über- bzw. Unterschreitung – und Fallzahlen des aktuellen Quartals je Arzt)

sind, nachdem der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner für Dezember 2008 terminierten Sitzung Regelungen zur Datentransparenz getroffen hat, gemäß Beschluss umzusetzen.

## Anlage 7

### Fallzahlclusterung

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen des Versorgungsbereiches (§§ 5 Abs. 2, 6 Abs. 2 - Teil 5)
2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens je Vergleichsgruppe („RLV VG“)
3. Ermittlung der Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß Teil F, Punkt 2.3 (FZ Arzt)
4. Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
5. Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen gemäß

Cluster A bis 150 %

Cluster B über 150 % bis 170 %

Cluster C über 170 % bis 200 %

Cluster D über 200 %

Abschlag

0 %

25 %

50 %

75 %

6. Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe
7. Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes nach der Formel  
$$FW\ VG = RLV\ VG / (A + 0,75 \times B + 0,5 \times C + 0,25 \times D)$$
8. Ermittlung des arztindividuellen RLV  
$$RLV\ Arzt = FW\ VG \times FZ\ Arzt$$
 unter Berücksichtigung Teil F, Pkt. 3.2.1
9. Prüfung und Anpassung wegen Praxisbesonderheiten (Pkt. 3.6 Teil F)
10. Morbidezogene Quotierung des RLV entsprechend Altersklassen (gemäß Punkt 6 Anlage 2 zum Teil F)



**Vereinbarung  
über die Vergütung der  
stationären vertragsärztlichen Tätigkeit  
(belegärztliche Behandlung)**

zwischen

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen**  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden  
Herrn Rainer Striebel

**dem BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen**  
vertreten durch den Landesrepräsentanten, Herrn Bernd Spitzhofer,  
Tiergartenstraße 32, 01219 Dresden

**der IKK Sachsen**  
vertreten durch den Vorstand, Herrn Gerd Ludwig  
Arndtstraße 13, 01099 Dresden

**der Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz**  
Jagdschänkenstraße 50, 09117 Chemnitz

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland**  
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung  
im Freistaat Sachsen,  
vertreten durch den stellv. Geschäftsführer Volker Reichle,  
Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten

**dem Verband der Angestellten- Krankenkassen (VDAK) e.V.**  
**dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.**  
Landesvertretung Sachsen  
vertreten durch die Leiterin Frau Silke Heinke  
Glacisstraße 4, 01099 Dresden

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**  
vertreten durch den Vorstand, Herrn Dr. med. Klaus Heckemann,  
Schützenhöhe 10, 01099 Dresden



## **§ 1 Grundsätze**

- (1) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt dann nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke unmittelbar im Anschluss an diese Leistungen in die stationäre Behandlung desselben Vertragsarztes aufgenommen wird. Dies gilt nicht bei ärztlichen Leistungen, die in Verbindung mit Besuchen erbracht werden, sowie Notfällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt.
- (2) Bei festgestellter Fehlbelegung als Ergebnis einer Fehlbelegungsprüfung nach § 17c KHG und § 275 SGB V ist die belegärztliche Behandlung nach den Grundsätzen der ambulanten Behandlung abzurechnen.
- (3) Belegärztliche stationäre Behandlung ist nur zulässig für Maßnahmen, die der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen. Darüber hinaus gehende Maßnahmen des Belegarztes sind der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit zuzurechnen und im Belegarztfall nicht gesondert berechnungsfähig. Behandlungs-, Betreuungs- und Diagnosekomplexe, insbesondere mit mehreren Arzt-Patientenkontakten, sind im belegärztlichen Fall deshalb nicht berechnungsfähig. Die Abrechnung von Berichten, Briefen und Mitteilungen nach den Geb.-Nrn. 01600 bis 01601 ist nur bei Überweisung zur poststationären Behandlung an einen anderen Arzt zulässig.

## **§ 2 Berechnung von Visiten**

- (1) Dem nach § 31 Arzt-/ Ersatzkassen-Vertrag (EKV) und nach § 40 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GO-Nr. 01414 EBM vergütet. Eine Koniliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.
- (2) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Leistungen nach der GO-Nr. 01414 EBM oder bei Erfüllung der Voraussetzungen die GO-Nr. 01100 oder 01101 oder 01412 je Betriebsstätte einmalig berechnen. Nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der GO-Nrn. 01100 bzw. 01101 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist – entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2)- eine Begründung erforderlich.

## **§ 3 Vergütungssätze**

Die belegärztlichen Leistungen werden dem Belegarzt außerbudgetär vergütet.

Mit 100 % werden vergütet:

- a) die Leistungen des Kapitels 36 EBM;
- b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5 ,

Zusätzlich werden dem Belegarzt vergütet:

1. mit 100 % vergütet:  
01220, 01221, 01222, 01412, 01414, 01620, 01621, 03110, 03111, 03112, 03120, 04110, 04111, 04112, 04120, 21330
2. mit 70 % vergütet:  
08410
3. mit 65 % vergütet:  
01711, 01712, 01950, 01952, 07210, 07211, 07212, 17210, 22210, 22211, 22212, 22220, 22221, 23210, 23211, 23212, 23220, 24210, 25213, 26210, 26211, 26212, 27210, 27211, 27212, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140, 35141
4. mit 60 % vergütet  
08210, 08211, 08212, 08334, 09210, 09211, 09212, 09311, 09313, 13210, 13211, 13212, 13253, 13260, 13311, 14210, 14211, 14312, 15210, 15211, 15212, 15311, 16210, 18210, 18211, 18212, 20210, 20211, 20212, 21217, 25211, 27323, 30601, 35142, 35150, 35200, 35201, 35210, 35220, 35221, 35302
5. mit 55 % vergütet  
02321, 05210, 05211, 05212, 06210, 06211, 06212, 06310, 06350, 09312, 09314, 09360, 14321, 16311, 21311, 30200, 30201, 30610, 35224, 35225
6. mit 50 % vergütet  
02320, 02323, 02341, 14220, 14331, 16211, 16212, 16321, 21216, 21220, 21320, 21321, 22222, 26350, 33000, 33051, 33061, 33081, 35202, 35203, 35211, 35222, 35223
7. mit 45 % vergütet  
01611, 06333, 10210, 10211, 10212, 21211, 21212, 30900, 33002, 33010, 33011, 33012, 33040, 33043, 33076, 33080, 33091, 33092
8. mit 40 % vergütet  
01780, 02300, 02322, 02331, 08340, 08412, 08414, 08416, 10340, 13250, 26341, 30791, 33001, 33042, 33050, 33062, 33071, 33074, 35300, 35301
9. mit 35 % vergütet  
01784, 02111, 02340, 03324, 04324, 04331, 05361, 05371, 08332, 08333, 08411, 08413, 08415, 08541, 13254, 13257, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13670, 14221, 14320, 16310, 16322, 21210, 21221, 21310, 27324, 33021, 33022, 33041, 33052, 33060, 33063, 33072, 33073
10. mit 30 % vergütet  
01853, 01856, 01906, 01913, 02101, 02301, 02302, 02330, 02343, 03321, 04321, 05360, 05370, 06351, 06352, 09310, 09316, 09361, 10341, 10342, 13251, 13551, 13663, 23214, 26323, 26351, 27321, 30501, 30600, 33020, 33023, 33030, 33031, 33044, 33070, 34222, 34281
11. mit 25 % vergütet  
02120, 03330, 04330, 09317, 09362, 13255, 13402, 13410, 13423, 13424, 13560, 13660, 13661, 13664, 26321, 26322, 26324, 26325, 26352, 27330, 30712, 30740, 34273, 34287, 34293, 34294, 34600

12. mit 20 % vergütet  
01420, 01422, 01782, 01854, 01855, 01905, 02100, 02110, 02342, 13401, 13411, 13412, 14310, 14311, 17370, 17372, 26310, 26320, 27320, 30710, 30723, 34211, 34221, 34223, 34234, 34236, 34240, 34241, 34247, 34248, 34251, 34252, 34256, 34257, 34260, 34280, 34295, 34296, 34312, 34341, 34345, 34501
13. mit 15 % vergütet  
01600, 01601, 01612, 01781, 01785, 01787, 01904, 02112, 03322, 04322, 05372, 08311, 09315, 13252, 13256, 13400, 13422, 13430, 13431, 13662, 17371, 17373, 25330, 25331, 25333, 26311, 27322, 30611, 30750, 30751, 30760, 30901, 34210, 34212, 34220, 34230, 34231, 34232, 34233, 34235, 34237, 34242, 34243, 34244, 34246, 34250, 34255, 34270, 34282, 34284, 34285, 34286, 34297, 34321, 34322, 34330, 34340, 34342, 34343, 34344, 34350, 34351, 34452, 34500, 34502
14. mit 10 % vergütet  
01786, 01857, 01910, 01911, 05350, 13420, 13421, 25342, 30720, 30721, 30722, 30724, 34245, 34271, 34272, 34283, 34291, 34292, 34310, 34311, 34320, 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490,
15. mit 5 % vergütet  
17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 25332, 25340, 25341, 26312, 26330, 30730, 30731, 34290, 34360, 34431, 34460, 34492

Die reduzierten Vergütungssätze gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

#### § 4

##### **Berechnung von Leistungen hinzugezogener Vertragsärzte**

Hinzugezogene Ärzte (nicht Belegärzte) können grundsätzlich keine Leistungen auf einem belegärztlichen Behandlungsschein abrechnen. Sofern diese Ärzte Leistungen im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbringen, sind diese gemäß § 33 Abs. 7 Arzt-/Ersatzkassenvertrag und § 41 Abs. 7 Bundesmantelvertrag Ärzte auf einem vom behandelten Belegarzt ausgestellten Überweisungsschein (Muster 6 bzw. Muster 10) abzurechnen. Dabei können folgende Leistungen berechnet werden:

- bei der Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen aus Abschnitt 36.5.3,
- im Rahmen der postoperativen Überwachung die Leistungen aus Abschnitt 36.3.2,
- im Rahmen der postoperativen Behandlung die Leistungen aus Abschnitt 31.4.

#### § 5

##### **Berechnung der Leistungen anderer an demselben Krankenhaus tätiger Belegärzte**

Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der §§ 1 bis 4 vergütet.

## § 6

### **Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten**

Die Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten ist über die Leistungsbewertungen des Kap. 36.2 bzw. die Strukturpauschale gem. Kap. 36.6.2 abgegolten und vom Belegarzt aus dieser Vergütung zu finanzieren.

## § 7

### **Vergütung neuer Leistungen**

Leistungen, die nach Inkraft-Treten dieser Vereinbarung in den EBM aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden.

## § 8

### **Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein, berührt dies nicht die Gültigkeit der Vereinbarung insgesamt. Die Vertragspartner treffen in diesem Fall zeitnah eine Regelung, die dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung am nächsten kommt.

## § 9

### **Geltung, In-Kkraft-Ttreten, Kündigung**

Diese Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge und gelten ab 1. Januar 2009.

- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (3) Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung wirken sich, ohne dass es einer Kündigung bedarf, unmittelbar auf diese aus.

Dresden, den 14. November 2008

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

AOK PLUS

BKK-Landesverband Ost  
Landesrepräsentanz Sachsen

IKK Sachsen

Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Chemnitz

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

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
Landesvertretung Sachsen

LKK Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als Landesverband