

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

HVM i. d. F. vom 23. November 2011

mit Wirkung ab 1. Januar 2012

Kurzinformation über wesentliche Änderungen des HVM:

Nach dem aktuellen Stand des Gesetzgebungsverfahrens des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) geht die Zuständigkeit zur Festlegung des HVM von den Partnern der Gesamtverträge in Sachsen am 1. Januar 2012 auf die KV Sachsen über. Dieser HVM steht daher unter Vorbehalt des Inkrafttretens des GKV-VStG.

Dieser HVM weicht - neben redaktionellen Änderungen - in folgenden Punkten von den mit den Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2011 vereinbarten Honorarverteilungsvorschriften ab:

- a) Die bisherige Honorarverteilung wurde maßgeblich durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses bestimmt. Auch dieser verliert ab 1. Januar 2012 voraussichtlich seine Zuständigkeit. Aus diesem Grunde müssen die entsprechenden Vorschriften bis zu einer erneuten Entscheidung der Vertreterversammlung als Honorarverteilungsvorschriften der KV Sachsen fortgelten (**§ 1 Abs. 6**).
- b) Für die Umsetzung einiger Honorarverteilungsvorschriften wurde mit den Krankenkassen Durchführungsvorschriften vereinbart. Hierfür ist ab 1. Januar 2012 der Vorstand der KV Sachsen zuständig. Die bisher vereinbarten Durchführungsvorschriften gelten bis zu einer erneuten Entscheidung des Vorstands weiter (**§ 1 Abs. 7**).
- c) Entsprechend § 105 Abs. 1a SGB V i. d. F. des GKV-VStG kann die KV Sachsen bis zu 0,1 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten zur Verfügung stellen, wobei die Kassenseite Beträge in gleicher Höhe zur Verfügung zu stellen hat. Für den Fall, dass die KV Sachsen eine entsprechende Entscheidung trifft, wird ein entsprechender Vorwegabzug im haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich vorgesehen, je nach dem, ob die Förderung den haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich betrifft (**§§ 5 Abs. 9 und 6 Abs. 9**). Sollte die Fördermaßnahme keinem Versorgungsbereich zuzuordnen sein, erfolgt die Finanzierung vor der Aufteilung der Gesamtvergütung (**§ 3 Abs. 7**).
- d) Unverbrauchte Mittel werden - je nachdem, in welchem Bereich sie auftreten - dem Bereich der Vorwegabzüge vor Aufteilung der Gesamtvergütungen, dem Bereich der Vorwegabzüge des hausärztlichen Versorgungsbereiches oder dem Bereich der Vorwegabzüge des fachärztlichen Versorgungsbereiches des nächsterreichbaren Quartals zugeführt (**§§ 3 Abs. 9, 5 Abs. 14 und 6 Abs. 14**).
- e) Aufgrund der Neu-/Umbewertung von EBM-Bewertungen mit Wirkung zum 1. Januar 2012 im Bereich der Fachärzte für HNO-Heilkunde und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, im Bereich der Fachärzte für Augenheilkunde sowie wegen der Einführung einer onkologischen Zusatzpauschale müssen entsprechende Einführungsregelungen erlassen werden.

Hierbei erfolgt die Honorierung der neuen EBM-Ziffern im HNO-Bereich sowie im Bereich der Augenärzte aus Leistungsfonds, da der entsprechende Leistungsbedarf nicht genau abgeschätzt werden kann und daher eine entsprechende RLV/QZV-Anpassung derzeit nicht möglich ist.

Wegen der Einführung der onkologischen Zusatzpauschale erfolgt eine veränderte Festlegung der Mittel für die Vergleichsgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Urologie. (**§ 7 Abs. 4**)

- f) Generell richtet sich die Zuordnung der Vertragsärzte zu den Vergleichsgruppen nach der Lebenslangen Arztnummer. Hiervon soll jedoch aus den neu in die Vorschrift aufgenommenen Ausnahmegründen abgewichen werden. Insbesondere betrifft dies HNO-Ärzte, die gleichzeitig die Gebietsbezeichnung "Phoniatrie und Pädaudiologie" führen (diese werden generell der Vergleichsgruppe "Phoniatrie und Pädaudiologie" zugeordnet) sowie Internisten mit der Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren (diese werden generell der Vergleichsgruppe der "Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie" zugeordnet). Näheres geht aus dem Änderungsvorschlag hervor (**§ 8 Abs. 6 HVM**).
 - g) Die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung wird mit Wirkung ab 1. Januar 2012 gestrichen (**§ 9 Abs. 3**).
 - h) Bei der Bildung des QZV Teilradiologie der Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie wird deren erhöhter Anteil teilradiologischer Leistungen berücksichtigt (**§ 10 Abs. 6 d**)
 - i) Die Mindestquote für die Honorierung der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen von Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten wird mit 80 % festgelegt (**§ 12 Abs. 1**).
 - j) Die Gesamtvergütungsverhandlungen werden zum Zeitpunkt des Beschlusses des HVM noch nicht abgeschlossen sein. Für den Fall, dass bisher außerbudgetär vereinbarte Leistungen innerbudgetär vergütet werden müssen, werden diese übergangsweise aus Leistungsfonds mit quotierter Vergütung honoriert, da andernfalls die RLV nicht korrekt festgesetzt werden können. Die Mindestquote beträgt 50 %.
- Eine ähnliche Problematik tritt auf, falls bisher innerbudgetär honorierte Leistungen außerbudgetär vergütet werden. In diesem Fall erfolgt die Verrechnung von Honorardifferenzen zum nächstmöglichen Zeitpunkt (**§ 15**).
- k) Der HVM tritt zum 1. Januar 2012 in Kraft und steht unter dem Vorbehalt des In-Kraft-Tretens des GKV-VStG (**§ 16 Abs. 2**)

Die Regelung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste sowie die Konvergenzregelung für die RLV-Fallwerte der Vergleichsgruppen laufen wie vorgesehen nach nunmehr dreijähriger Laufzeit zum 31. Dezember 2011 aus.

Inhaltsverzeichnis		Seite
	Präambel	6
§ 1	Anwendungsbereich	6
§ 2	unbesetzt	7
§ 3	Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	7
§ 4	Aufteilung des trennungsrelevanten versorgungsbereichs- übergreifenden Verteilungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich	9
§ 5	Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches	9
§ 6	Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches	11
§ 7	Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen	13
§ 8	Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung	15
§ 9	Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regel- leistungsvolumen (RLV)	18
§ 10	Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikations- gebundenen Zusatzvolumen (QZV)	21
§ 11	Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitäts- grenzen	24
§ 12	Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten	24
§ 13	Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung	25
§ 14	Bildung von Vorwegabzügen für Leistungsfonds	25
§ 15	Übergangsregelung	26
§ 16	Inkrafttreten	26
Anlage 1	Ergänzende Maßgaben für die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten nach Anlage 2b	27
Anlage 2a	Ärzte mit RLV und ggf. QZV	28

Anlage 2b	Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen	29
Anlage 2c	Ärzte ohne RLV	30
Anlage 3	Rückstellungen	31
Anlage 4	Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung	32
Anlage 5	Übersicht QZV	33

Präambel

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2012 hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage von § 87b SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen die nachfolgenden Honorarverteilungsregelungen beschlossen.

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, soweit keine vertraglichen Bestimmungen entgegenstehen. Die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen.
- (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 und/oder regionalen Verträgen mit der KV Sachsen (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Strukturverträge gemäß § 73a 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.
- (5) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieses HVM.
- (6) Verweise auf Beschlussteile A-G beziehen sich auf Teil A-E und G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 15. Sitzung zuletzt geändert in seiner 23. Sitzung und auf Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung zuletzt geändert mit Beschluss in seiner 248. Sitzung. Die genannten Beschlüsse gelten als Honorarverteilungsvorschriften der KV Sachsen über den 31. Dezember 2011 hinaus fort.

- (7) Die Durchführungsbestimmungen zu diesem HVM werden vom Vorstand der KV Sachsen beschlossen. Teil I der vereinbarten Durchführungsbestimmungen gilt bis zu einer erneuten Entscheidung des Vorstandes über den 31. Dezember 2011 hinaus fort.
- (8) Sollten bei der Umsetzung des HVM Regelungslücken auftreten, sind diese durch den Vorstand der KV Sachsen zu schließen.
- (9) Bereinigungen der MGV auf Grund von sonstigen Verträgen können zu Anpassungen der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und sonstiger Honorarbestandteile führen. Die Bereinigungen der RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile werden gesondert geregelt.

§ 2

unbesetzt

§ 3

Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Aus den zu erwartenden und nachfolgend eingehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, werden für den Ausgleich bestimmter Ansprüche Rückstellungen gem. Anlage 3 gebildet sowie die folgenden Abzüge und Zuführungen vorgenommen:
- (2) Die Bildung der Vorwegabzüge für
 - a) die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 SGB V einschließlich des GKV-OrgWG-Anteils von 0,1722 % des Erhöhungsbetrages aus Beschlussteil B Nr. 3.3.
 - b) die Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes

gemäß Anlage 3 erfolgen entsprechend den Berechnungsvorschriften Punkte 2.4 und 2.5.2 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1 Beschlussteils F.

Sofern diese Vorwegabzüge der davon betroffenen Leistungen nicht für die Honorierung aller Leistungen nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreichen, werden die fehlenden Mittel durch die versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge entnommen.

Überschüsse und Defizite im Vorwegabzug zur Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psy-

chotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 SGB V werden zunächst dem gem. § 7 Abs. 1 der Vergleichsgruppen gem. Anlage 2b gebildeten Fonds für nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zugeführt.

(3) Die Bildung des Vorwegabzuges für

die Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

erfolgt entsprechend Punkt 2.5.1 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1 Beschlussteil F.

Die GOP 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und /oder Veranlassung von Leistungen des Kap. 32 EBM wird unter Berücksichtigung der möglichen EBM-Abstaffelung zu den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung aus diesem Vorwegabzug vergütet.

Sofern die Mittel für die Honorierung der verbleibenden Leistungen dieses Vorwegabzuges nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des verbliebenen Finanzvolumens des Vorwegabzuges und der abgerechneten Leistungsmenge.

- (4) Es wird ein Vorwegabzug für den Anteil der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach GKV-OrgWG entsprechend Beschlussteil F Anlage 4 Anhang 1 Schritt 20 gebildet. Der auf die Förderung psychotherapeutischer Leistungen entfallende Anteil ist entsprechend Anlage 4 Anhang 1 Schritt 17 Beschlussteil F im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 2 Punkt a) enthalten.
- (5) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2012 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2012 vergüteter Quartale für Leistungen, die vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betrifft.
- (6) Es erfolgt ein Vorwegabzug der Erhöhung des Behandlungsbedarfes je Versicherten aus dem Anteil aus Nr. 3.3 Beschlussteil B in Höhe von 0,1635 % der MGV;
- (7) Es wird ein Vorwegabzug zur Bildung eines Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V gebildet, soweit entsprechende Fördermaßnahmen beschlossen wurden und diese keinem Versorgungsbereich zugeordnet werden können.

- (8) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen verwendet.
- (9) Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen vor Aufteilung der Mittel auf die Versorgungsbereiche werden, sofern nichts anders geregelt ist, im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.

§ 4

Aufteilung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen wird entsprechend dem Beschlussteil F I Punkt 3.1.1 i. V. m. Anlage 4 und Anhang 1 auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. Es ergibt sich jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

§ 5

Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 3 vorgenommen.
- (2) Rückstellungen entsprechend Beschlussteil G i. V. m. Anlage 3 werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt.
- (3) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird entsprechend Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
- (4) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21) wird entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges wird gem. § 14 gebildet.
- (5) Der Vorwegabzug für Leistungen nach den GOP 01410, 01413 und 01415 (Hausbesuche) wird entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges wird gem. § 14 - unter Berücksichtigung der Bewertungsänderungen mit Wirkung zum 1. April 2011 und einem weiteren Faktor in Höhe von 1,1 für Leistungsausweitungen - gebildet.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 90 % der Preise der SGO. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen entnommen.

- (6) Der Vorwegabzug für Aufschläge für RLV von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wird wie folgt kalkuliert:

Für die Ermittlung des Vorwegabzugs des aktuellen Quartals wird aus dem Vorquartal der zugewiesene Zuschlag für BAG je Versorgungsbereich ermittelt, welcher über einen Faktor angepasst wird. Der Faktor ermittelt sich aus der Entwicklung der RLV-relevanten Fallzahlen des Aufsatzquartals zu dessen Vorquartal für die betroffenen BAGs. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich für Fehlschätzungen entnommen.

Der Vorwegabzug für Aufschläge für QZV von Berufsausübungsgemeinschaften wird wie folgt gebildet:

Vorwegabzug 2011 des 3. Quartals 2011 multipliziert mit der morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2012

- (7) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % entsprechend Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet.
- (8) Es wird ein Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2012 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2012 vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.
- (9) Es wird ein Vorwegabzug zur Bildung eines Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V gebildet, soweit entsprechende Fördermaßnahmen beschlossen wurden und diese den hausärztlichen Versorgungsbereich betreffen.
- (10) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Hausärzten für Leistungen innerhalb der MGV werden dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.
- (11) Es wird ein Vorwegabzug für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 und der GOP 01838 und 01839 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen (hierunter sind alle Leistungen auf Zielaufträgen [SKZ 21 und 27] ohne die GOPs 11230 bis 11232 EBM zu verstehen) gebildet.

Die Basis des Vorwegabzuges wird auf der Grundlage einer Quote von humangenetischen Leistungen mit Zielauftrag am gesamten humangenetischen Leistungsbedarf (Hausarzt) im 2. Halbjahr 2010 gebildet. Es erfolgt die Multiplikation des humangenetischen Leistungsbedarfes (Hausarzt) des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 mit der ermittelten Quote. Der so festgestellte Leistungsbedarf wird entsprechend § 14 fortentwickelt und ergibt die konkrete Höhe des Vorwegabzugs.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 50 % der Preise der SGO. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen entnommen.

- (12) Es erfolgt eine Zuführung von 15 % des Betrages aus § 3 Abs. 6 gem. Anlage 4 Anhang 1 Beschlussteil F.

- (13) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches.
- (14) Unverbrauchte Mittel aus den Vorwegabzügen des hausärztlichen Versorgungsbereiches werden, sofern nichts anders geregelt ist, im nächst erreichbaren Quartal dem Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zugeführt.

§ 6

Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 3 vorgenommen.
- (2) Rückstellungen gem. der Anlage 3 mit bezug auf Beschlussteil G werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt.
- (3) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird entsprechend Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
- (4) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21) wird entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges wird gem. § 14 ermittelt.
- (5) Der Vorwegabzug für Leistungen nach den GOP 01410, 01413 und 01415 (Hausbesuche) wird entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 3.1.2 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges wird gem. § 14 - unter Berücksichtigung der Bewertungsänderungen mit Wirkung zum 1. April 2011 und einem weiteren Faktor in Höhe von 1,1 für Leistungsausweitungen - ermittelt.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 90 % der Preise der SGO. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen entnommen.

- (6) Der Vorwegabzug für Aufschläge für RLV von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wird wie folgt kalkuliert:

Für die Ermittlung des Vorwegabzuges des aktuellen Quartals wird aus dem Vorquartal der zugewiesene Zuschlag für BAG je Versorgungsbereich ermittelt, welcher über einen Faktor angepasst wird. Der Faktor ermittelt sich aus der Entwicklung der RLV-relevanten Fallzahlen des Aufsatzquartals zu dessen Vorquartal für die betroffenen BAGs. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich für Fehlschätzungen entnommen.

Der Vorwegabzug für Aufschläge für QZV von Berufsausübungsgemeinschaften wird wie folgt gebildet:

Vorwegabzug 2011 des 3. Quartals 2011 multipliziert mit der morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2012

- (7) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % entsprechend Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet.
- (8) Es wird ein Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2012 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2012 vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.
- (9) Es wird ein Vorwegabzug zur Bildung eines Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V gebildet, soweit entsprechende Fördermaßnahmen beschlossen wurden und diese den fachärztlichen Versorgungsbereich betreffen.
- (10) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches für Leistungen innerhalb der MGV werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.
- (11) Es wird ein Vorwegabzug für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 und der GOP 01838 und 01839 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen (hierunter sind alle Leistungen auf Zielaufträgen [SKZ 21 und 27] ohne die GO-Nrn. 11230 bis 11232 EBM zu verstehen) für Humangenetiker (Vergleichsgruppe Nr. 014) und für übrige fachärztliche Vergleichsgruppen gebildet.

Die Basis des Vorwegabzuges wird auf der Grundlage einer Quote von humangenetischen Leistungen mit Zielauftrag am gesamten humangenetischen Leistungsbedarf (Facharzt) im 2. Halbjahr 2010 gebildet. Es erfolgt die Multiplikation des humangenetischen Leistungsbedarfes (Facharzt) des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 mit der ermittelten Quote. Der so festgestellte Leistungsbedarf wird entsprechend § 14 fortentwickelt und ergibt die konkrete Höhe des Vorwegabzugs.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 50 % der Preise der SGO. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen entnommen.

- (12) Es erfolgt eine Zuführung von 85 % des Betrages aus § 3 Abs. 6 gem. Anlage 4 Anhang 1 Beschlussteil F.
- (13) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches.
- (14) Unverbrauchte Mittel aus den Vorwegabzügen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden, sofern nichts anders geregelt ist, im nächst erreichbaren Quartal dem Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches zugeführt.

§ 7

Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

- (1) Die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden entsprechend Beschlussteil F Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Vergleichsgruppen gemäß Anlagen 2a bis 2c aufgeteilt. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.
- (2) Die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden entsprechend Beschlussteil F Anlage 6 auf die nachfolgend vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche entsprechend dem Leistungsbedarf für die im Folgenden genannten Vergütungsbereiche im Jahr 2008, gemessen am Gesamtleistungsbedarf aller Vergütungsbereiche im Jahr 2008, aufgeteilt:
 - a) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen,
 - b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
 - c) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV.
- (3) Besonders förderungswürdige Leistungen nach Abs. 2 sind:
 - a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),
 - b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
 - c) Leistungen der ausführlichen humangenetischen Beurteilungen GOP 01837 und GOP 11232 EBMund
 - d) antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen Kapitel 35.2 EBM für Ärzte der Anlage 2a, die nicht in § 87b Absatz 2 Satz 2 SGB V genannt sind.

Die Honorierung der besonders förderungswürdigen Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 95 % der Preise aus der SGO. Abweichend hiervon gilt für Absatz 3d eine Mindestquote in Höhe von 85 %. Wird diese Interventionsquote unterschritten, werden die Fehlbeträge aus dem Vorwegabzug „Fehlschätzungen“ gem. § 6 Abs. 2 ausgeglichen. Restmittel werden dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe im nächst erreichbaren Quartal zugeführt.
- (4) Bezüglich der Neuaufnahme von Leistungen in den EBM bzw. bei Änderungen der im EBM genannten Werte von Leistungen wird wie folgt verfahren:
 - a) Neuaufnahme von Leistungen nach den GO-Nrn. 09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20372, 20373, 20374 und 20375 in die EBM-Kapitel 9 (Fachärzte für HNO-Heilkunde) bzw. 20 (Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie) zum 1. Januar 2012

Zur Finanzierung der neuen Leistungen wird der Vergleichsgruppenfonds der Vergleichsgruppe 012 (Fachärzte für HNO-Heilkunde) und der Vergleichsgruppenfonds der Vergleichsgruppe 034 (Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie) um einen jeweils separat ermittelten Anpassungsfaktor erhöht. Die Anpassungsfaktoren werden auf der KVS-Homepage veröffentlicht.

Die aufgrund dieser Erhöhung in den Vergleichsgruppen zusätzlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel werden innerhalb der genannten Vergleichsgruppen in einem Fonds eingestellt.

Sofern die Mittel für die Honorierung dieser Leistungen nach der SGO nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens des Fonds und der abgerechneten Leistungsmenge. Verbleiben Mittel in diesem Fonds werden diese in das nächste Quartal übernommen; verbleiben nach Abschluss des Quartals IV/2012 Mittel in diesem Fonds wird über deren Verwendung gesondert entschieden.

Im Falle einer Quotierung der Leistungen in diesem Fonds wird dem Vorstand der KVS im Rahmen einer Beobachtungspflicht das Recht eingeräumt über eine Interventionsgrenze zu entscheiden.

- b) Neuaufnahme einer Zusatzpauschale nach der GO-Nr. 06225 EBM und Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels 6 (Fachärzte für Augenheilkunde) zum 1. Januar 2012

Zur Finanzierung der neuen Leistung erfolgt eine Umverteilung im Vergleichsgruppenfonds der Vergleichsgruppe 008 (Fachärzte für Augenheilkunde). Die durch die Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels frei werdenden Finanzmittel werden innerhalb der Vergleichsgruppe 008 in einen Fonds eingestellt.

Sofern die Mittel für die Honorierung dieser Leistungen nach der SGO nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens des Fonds und der abgerechneten Leistungsmenge. Verbleiben Mittel in diesem Fonds werden diese in das nächste Quartal übernommen; verbleiben nach Abschluss des Quartals IV/2012 Mittel in diesem Fonds werden diese dem RLV-Vergütungsvolumen der Vergleichsgruppe 008 im nächst erreichbaren Quartal zugeführt.

- c) Änderung der Anpassungsfaktoren für die Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen gemäß Beschlusstil F Anlage 5 aufgrund der Erhöhung der Bewertung der GO-Nrn. 09212, 13392, 13642, 26211 und 26212 EBM zum 1. Januar 2012

Für die Vergleichsgruppen 012 (Fachärzte für HNO-Heilkunde) und die Vergleichsgruppe 023 (Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie) kommen diese nicht mehr zur Anwendung.

Für die Vergleichsgruppen 018 (Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie) und 047 (Fachärzte für Urologie) werden diese entsprechend der Aufwertung der Leistungen erhöht.

Somit gelten für diese Vergleichsgruppen, anstelle der in Beschlusstil F Anlage 5 genannten Anpassungsfaktoren folgende Anpassungsfaktoren:

VGR 018 (FÄ für Innere Medizin mit SP Gastroenterologie)	0,9985
VGR 047 (FÄ für Urologie)	0,9686.

- (5) Der Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV ist aufgrund des Beitritts von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V gemäß den maßgeblichen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zu bereinigen. Die Bereinigungen der RLV und QZV werden gesondert vereinbart.

§ 8

Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

- (1) Ärzte gemäß Anlage 2a unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV und ggf. QZV.
- (2) Ärzte gemäß Anlage 2b unterliegen der Leistungssteuerung nach zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.
- (3) Ärzte gemäß Anlage 2c unterliegen folgender Leistungssteuerung:

Je Vergleichsgruppe wird entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I Punkt 3.1.3 i. V. m. Anlage 5 das vergleichsgruppenspezifische Verteilungsvolumen gebildet. Die Leistungen des aktuellen Quartals werden je Vergleichsgruppe aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach der SGO honoriert. Übersteigende Leistungen werden aus dem Vorwegabzug gemäß § 6 Abs. 6 zu abgestaffelten Preisen honoriert. Die Summe aus dem Honorar zum Regionalpunktwert und zum abgestaffelten Punktwert durch das jeweils angeforderte Honorar der Vergleichsgruppe ergibt die Quote je Arzt dieser Vergleichsgruppe.

- (4) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1-3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
- (5) Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1-3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
- (6) Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.

Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

1. Ärzte, die über die Abrechnungsgenehmigung der GOP 30704 verfügen, werden der Vergleichsgruppe "schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704" gemäß Anlage 2a zugeordnet.
2. Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Phoniatrie und Pädaudiologie werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.

3. Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Neurologie sowie Psychiatrie (und Psychotherapie) werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) gemäß Anlage 2a zugeordnet.
 4. Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.
 5. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Abrechnungsgenehmigung nach der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM verfügen, werden - soweit sie nicht bereits entsprechend den vorgenannten Regelungen zugeordnet wurden - der entsprechenden internistischen Vergleichsgruppe mit Schwerpunkt gemäß Anlage 2a zugeordnet.
- (7) Wird eine neue Tätigkeit in einem weiteren Praxissitz aufgenommen, welche mit einer Erhöhung des Tätigkeitsumfanges verbunden ist, können das RLV und ggf. die QZV dieser Vertragsärzte im Umfang der Erhöhung der Tätigkeit angepasst werden. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen.
- (8) Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (9) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal ein RLV und ggf. QZV in EURO vorgegeben. Bis zu dessen Ausschöpfung werden die abgerechneten Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen, mit den in der sächsischen Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet.
- Sofern das in einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.
- (10) Überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen , zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und den überschreitenden Leistungsmengen gemäß Abs. 3 werden versorgungsbereichsspezifisch mit abgestaffelten Preisen vergütet. Diese ergeben sich als Quotient aus den versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen in Höhe von 2 % dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV- , zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und nach Abs. 3 übersteigenden Vergütungen nach der jeweils gültigen sächsischen Gebührenordnung. Die so ermittelte Quote wird mit den versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und nach Abs. 3 übersteigenden Vergütungen nach der sächsischen Gebührenordnung multipliziert. Dabei darf die maximale Quote jeweils 99 % betragen.

(11) **Antragsrecht des Leistungserbringers zur Anpassung des RLV/QZV**

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

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- a) Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft von über sechs Wochen Dauer,
- b) Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis von über sechs Wochen Dauer,
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- e) 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.
- f) der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist bzw. in einer Bezugsregion, für die durch den Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist und in denen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung - auch nach Aussetzung der Abstaffelungsregelung gemäß § 9 Abs. 4 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Näheres wird in den Durchführungsbestimmungen geregelt.

(12) **Praxisbesonderheiten**

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV -Fallwertes der Vergleichsgruppe (unter Berücksichtigung der Über- bzw. Unterschreitung der QZV-Fallwerte) vorliegt. Ein besonderer Versorgungsauftrag kann sich z. B. aus der Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen ergeben. Das Verfahren regeln die Durchführungsbestimmungen.

(13) **Änderung der RLV/QZV von Amts wegen**

Ein RLV und/oder QZV kann von Amts wegen von der KV Sachsen aufgrund nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigungen einschließlich Plausibilitätsprüfungen,

Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder sonstigen Kürzungsmaßnahmen quartalsbezogen geändert werden.

(14) **Anpassung der RLV/QZV aus sonstigen Gründen**

Anpassungen der RLV und/oder QZV aus Gründen, die bisher nicht beschrieben sind, erfolgen durch Beschluss des Vorstandes.

§ 9

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) **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 VG) und der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

(2) **RLV-relevante Fälle**

RLV relevante Fälle (nachfolgend: RLV-Fälle) sind ambulante Behandlungsfälle in denen mindestens eine RLV-relevante Leistung abgerechnet wurde, ausgenommen Fälle im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung).

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

(3) nicht besetzt

(4) **RLV-Fallwert**

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 4.

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:

- a) um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,

- b) um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,
- c) um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe.

Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt worden ist, findet die vorgenannte Fallzahlabstaffelung keine Anwendung. Gleiches gilt für Gebiete, für die zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Die Regelung gilt nur solange bis durch Feststellung des Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen die Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf aufgehoben wurde. Die Ausnahmeregelung endet im Regelfall mit Ablauf des Quartals, in welchem der Landesausschuss den Aufhebungsbeschluss gefasst hat, aber spätestens mit Ablauf des auf die Feststellung des Landesausschusses folgenden Quartals, sofern die RLV-Mitteilungen bereits versandt wurden.

(5) **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 zugewiesenen RLV einer Arztpraxis 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.

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Beschluss Teil F Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.

Für die Höhe des zutreffenden RLV für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gilt die folgende Regelung:

Die Höhe des RLV einer Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß 2.6, Satz 1 im Vorjah-

resquartal)-1)*100. Im Übrigen gelten die Regelungen des Abschnittes I, Nr. 1.3.1 i. d. F. vom Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 245. Sitzung vom 22. Dezember 2010.

(6) Praxen mit Jungärzten

- a) Jungärzte sind Ärzte, welche im Vorjahresquartal zur Bestimmung der individuellen Fallzahl bei der Berechnung der RLV keine vollen acht Quartale niedergelassen waren.
- b) Diesen Jungärzten wird ein RLV pro Quartal zugewiesen, das sich aus dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe und erreichter RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals bildet. Sollte eine höhere RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal erreicht werden, ergibt diese multipliziert mit dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe das aktuelle RLV des Jungarztes.
- c) Dabei wird die RLV-Fallzahl des Jungarztes in einer Arztpraxis wie folgt berücksichtigt:
 1. Ermittlung der RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der zugewiesenen RLV-Fallzahl der Praxis im entsprechenden Vorjahresquartal. Sofern die RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal geringer ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal, wird das RLV des Jungarztes mit der zugewiesenen RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals berechnet.
 2. Sofern die RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal höher ist als im entsprechenden Vorjahresquartal wird die Entwicklung der RLV-Fallzahl der Jungärzte in der betroffenen Praxis geprüft. Ist die RLV-Fallzahl der Jungärzte im aktuellen Quartal geringer als im entsprechenden Vorjahresquartal wird das RLV des Jungarztes mit der zugewiesenen RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals berechnet.
 3. Sofern neben der Erhöhung der RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal zur zugewiesenen RLV-Fallzahl im entsprechenden Vorjahresquartal auch die RLV-Fallzahl der Jungärzte in der Praxis im aktuellen Quartal höher ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal wird der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Jungärzte in der Praxis dem Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis gegenübergestellt. Ist der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Jungärzte in der Praxis höher als der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis werden die zusätzlichen RLV-Fallzahlen der Praxis komplett den Jungärzten in der Praxis auf ihr RLV angerechnet. Sofern mehrere Jungärzte in der Praxis tätig sind, erfolgt die Aufteilung anhand des Anteils an der Steigerung der RLV-Fälle der Jungärzte im aktuellen Quartal. Ist der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis höher als der Zuwachs der RLV-Fälle der Jungärzte, erhalten die Jungärzte alle von ihnen zusätzlich erbrachten RLV-Fälle auf ihr RLV angerechnet.
- d) Nach Ablauf von acht Quartalen wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet. Sollte eine erhebliche Erhöhung der RLV-Fallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der letzten vier Quartale vor-

liegen, ist auf Antrag eine abweichende Festlegung möglich. Näheres wird in den Durchführungsbestimmungen geregelt.

- (7) KV-übergreifende Tätigkeiten sind zu berücksichtigen.

§ 10

Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

(1) Bestimmung der QZV

- a) Gemäß Anlage 5 werden für die in Anlagen 2a genannten Vergleichsgruppen QZV's gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich entsprechend § 7 Abs. 2 i.V.m. Anlage 6 Punkt 2 Beschlussteil F.
- b) Bei der Zuweisung der QZV gilt der Grundsatz, dass QZV allen Vergleichsgruppen gewährt werden, sofern in einer Vergleichsgruppe pro Vertragsarzt mindestens 5 QZV-relevante Leistungsfälle erbracht werden und die Regelungen des EBM einer Gewährung der QZV nicht entgegen stehen. Weichen QZV-Fallwerte um mehr als 30% vom durchschnittlichen QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches ab, sind diese QZV-Fallwerte zu prüfen und ggf. auf den durchschnittlichen QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches anzupassen. Weitere Anpassungen sind auf folgende Grundsätze beschränkt:
 1. Sofern der QZV-Fallwert eindeutig aus dem Wert einer oder mehrerer darin enthaltener Gebührenordnungspositionen der sächsischen Gebührenordnung (SGO) - inklusive möglicher Abrechnungsbegrenzungen des EBM - abgeleitet werden kann, wird der QZV-Fallwert bei Überschreitung des in der SGO genannten Wertes auf diesen begrenzt. Die dadurch frei werdenden Mittel werden dem entsprechenden QZV im Folgequartal wieder zugeführt. Im IV. Quartal werden verbleibende Mittel in der betreffenden Vergleichsgruppe dem RLV-Vergütungsbereich der Vergleichsgruppe zugeführt.
 2. Wenn in einem QZV keine finanziellen Mittel aber Leistungsfälle im Vorjahresquartal vorhanden sind, kann als QZV-Fallwert der Vergleichsgruppe der durchschnittliche QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches zugeordnet werden. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel werden im Folgequartal zu Lasten des RLV-Vergütungsbereiches der Vergleichsgruppe entnommen.

(2) QZV-relevante Fälle

Die QZV sind je Leistungsfall zu berechnen und zuzuweisen. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im ambulanten Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskataloges des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Sofern mehrere Ärzte einer Praxis, die einer Vergleichsgruppe angehören, Leistungen eines QZV in einem Behandlungsfall erbringen, erfolgt die Leistungfallermittlung anteilig.

(3) QZV-Fallwert

Der QZV-Fallwert wird berechnet, in dem das gemäß Abs. 1 gebildete QZV-Vergütungsvolumen auf die gem. Abs. 2 ermittelten Fälle aufgeteilt wird.

$$\text{QZV-Fallwert} = \text{QZV-Vergütungsvolumen} / \text{QZV-relevante Fälle}$$

(4) Bildungsvorschriften zum QZV

- a) Die QZV werden je Arzt ermittelt.
- b) Bei der Ermittlung des QZV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid und die folgenden Absätze 5 bis 7 zu berücksichtigen.
- c) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes QZV für die vom Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.
- d) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen.

(5) Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (BAG) auf QZV-Leistungen

Für die Bemessung der Zuschläge auf QZV-Leistungen für BAG und Praxen mit angestellten Ärzten gelten die BAG - Zuschlagsregelungen für RLV gem. § 9 Abs. 5 entsprechend. Sofern die zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Vorwegabzug gemäß § 5 Abs. 6 bzw. § 6 Abs. 6 nicht ausreichen, werden die Zuschläge auf QZV je Versorgungsbereich quotiert.

(6) Abweichende Regelungen bei der Bildung der QZV

Abweichend von Absatz 4 gelten bei der Berechnung der QZV-Fallwerte für ausgewählte Vergleichsgruppen und bestimmte QZV folgende Regelungen:

- a) QZV Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren in den Vergleichsgruppen 001, 004 und 005 (Nr. 66 der Anlage 5)

In den genannten Vergleichsgruppen wird der für den Vergütungsbereich relevante Leistungsbedarf des Jahres 2008 für dieses QZV um einen Faktor erhöht. Der Faktor ergibt sich aus der Relation des Leistungsbedarfes für dieses QZV im Jahr 2009 zum Basisjahr 2008. Die finanziellen Mittel werden aus dem Vergütungsbereich der jeweiligen Vergleichsgruppe entnommen.

- b) QZV Kardiologie I und Kardiologie II in der Vergleichsgruppe 020 (Nr. 24 und 25 der Anlage 5)

Die sich rechnerisch ergebenden Vergütungsbereiche für diese beiden QZV werden in der Vergleichsgruppe 20 zusammengeführt. Anhand des EBM-Wertes für die in den QZV enthaltenen Leistungen und den Leistungsfallzahlen für die beiden QZV wird ein virtueller Vergütungsbereich für beide QZV ermittelt. Die Relation der virtuellen QZV-Vergütungsbereiche zum virtuellen Gesamtvergütungsbereich wird auf den zusammengeführten Vergütungsbereich aus der Fallwertberechnung übertragen und ergibt die neuen QZV-Vergütungsbereiche.

- c) QZV Neurologische Diagnostik I und QZV Betreuung psychisch Kranker in den Vergleichsgruppen 028, 030 und 035 (Nr. 42 und 5 der Anlage 5)

Die sich rechnerisch ergebenden Vergütungsbereiche und Leistungsfallzahlen werden je QZV nach der Berechnung über die genannten Vergleichsgruppen zusammengeführt und ein einheitlicher QZV-Fallwert über die Vergleichsgruppen berechnet.

- d) QZV Teilradiologie in der Vergleichsgruppe 009 (Nr. 81 Anlage 5)

Für die Ermittlung des QZV-Fallwertes werden in der genannten Vergleichsgruppe die für den Vergütungsbereich relevanten Leistungsfallzahlen der Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Faktor von 1,2408 aufgewertet. Der sich ergebende QZV-Fallwert der Vergleichsgruppe wird für die Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie um den gleichen Faktor erhöht.

(7) Jungarztregelung bzw. Erwerb von neuen Berechtigungen

- a) Für Altärzte, die eine Berechtigung zur Erbringung von Leistungen aus einem QZV neu erlangt haben, besteht ein Antragsrecht auf Zuweisung eines QZV. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen. Gleiches gilt für QZV-Leistungen, die keiner Berechtigung bedürfen und im aktuellen Quartal erstmals erbracht werden.
- b) Für die Bemessung der QZV für Jungärzte gilt die Regelung analog zu § 9 Abs. 6, wobei die Begrifflichkeit der RLV-Fallzahl durch die QZV-Leistungsfallzahl ersetzt wird.

(8) KV-übergreifende Tätigkeiten sind zu berücksichtigen.

§ 11 **Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen**

Die in Anlage 2b genannten Vergleichsgruppen unterliegen entsprechend Punkt 2.4 Beschlussteil F mit den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Abschnitt 35.2 EBM und den nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen nicht der Leistungssteuerung über RLV sondern zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. Die Ermittlung und Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen regelt Anlage 1.

§ 12 **Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten**

- (1) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2b werden die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2b erfolgt bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze aus dem jeweiligen vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung solange dieses Verteilungsvolumen nicht überschritten wird.

Werden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10.

Die Mindestquote für nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2b wird ab dem Quartal I/2012 auf 80 % festgelegt. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen zum Ausgleich von Fehlschätzungen entnommen.

Für Ärzte nach § 87b Abs. 2 SGB V der Anlage 2a werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM nach den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 SGB V der Anlage 2a erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10.

- (2) Für Ärzte der Anlage 2a, die in § 87b Abs. 2 SGB V nicht genannt sind, werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach § 7 Abs. 3d vergütet. Nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen dieser Ärzte werden aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10.
- (3) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Honorarfonds der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung § 8 Abs. 3 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

§ 13 **Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung**

- (1) **Angestellte Ärzte, Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten**
- a) Die Regelungen zur Bildung der RLV/QZV 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 2.
 - b) Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erhalten kein eigenes RLV/QZV. Für die von Ärzten in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erhält der Praxisinhaber kein zusätzliches RLV/QZV.
- (2) **Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen gemäß Nr. 23 a der Bedarfsplanungs-Richtlinien („Job-Sharing-Praxen“)**
- a) Die RLV/QZV-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 des § 9 Abs. 6.

§ 14 **Bildung von Vorwegabzügen für Leistungsfonds**

Die Bildung der Vorwegabzüge im haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich - soweit nicht anders angegeben - wird wie nachfolgend festgelegt vorgenommen:

hausärztlicher Versorgungsbereich:

Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008 x 0,9122 x 1,0510 x 1,016616 x 1,04734 x 1,0125 x (1+(0,001635 x 0,15)) x 3,5048 Cent.

(Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 multipliziert mit der gültigen HVV-Quote, den gültigen morbiditätsbedingten Veränderungsraten 2009 bis 2012, der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Erhöhung gem. GKV-OrgWG und dem gültigen Regionalpunktwert)

fachärztlicher Versorgungsbereich:

Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008 x 0,9122 x 1,0510 x 1,016616 x 1,04734 x 1,0125 x (1+(0,001635 x 0,85)) x 3,5048 Cent.

(Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 multipliziert mit der gültigen HVV-Quote, den gültigen morbiditätsbedingten Veränderungsraten 2009 bis 2012, der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Erhöhung gem. GKV-OrgWG und dem gültigen Regionalpunktwert)

Angegebene Besonderheiten sind zu berücksichtigen.

Sofern die Mittel für die Honorierung dieser Leistungen des Vorwegabzuges nach der SGO nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens des Vorwegabzuges und der abgerechneten Leistungsmenge. Angegebene Mindestquoten sind zu beachten.

§ 15 **Übergangsregelung**

- (1) Soweit ab dem 1. Januar 2012 Leistungen innerhalb der MGV vereinbart werden, die bis 31. Dezember 2011 außerhalb der MGV honoriert wurden, werden diese ab 1. Januar 2012 bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Honorarfonds honoriert. Die Mittel in den Honorarfonds richten sich nach den im Vorjahresquartal zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Division der Mittel durch den angeforderten Leistungsbedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechende GOP der sächsischen Gebührenordnung angewandt wird. Es gilt eine Mindestquote i. H. v. 50 %.
- (2) Soweit ab dem 1. Januar 2012 die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bis 31. Dezember 2011 innerhalb der MGV honoriert wurden, erfolgt eine Anpassung des HVM zum nächsterreichbaren Quartal. Honorardifferenzen werden nachvergütet.

§ 16 **Inkrafttreten**

- (1) Dieser HVM tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.
- (2) Das Inkrafttreten dieses HVM steht unter Vorbehalt des Inkrafttretens des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes.

Anlage 1

Ergänzende Maßgaben für die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten nach Anlage 2b

Für die Vergütung der

- a) niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten
- b) niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- c) niedergelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- d) niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfes (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt d) ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarfes aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorjahres 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.

Den unter a) bis d) genannten Leistungserbringern werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Arzt (unter Beachtung des Zulassungsumfanges) 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 und ggf. QZV

Vergleichsgruppe	Bezeichnung
Hausärztlicher Versorgungsbereich	
001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
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
Fachärztlicher Versorgungsbereich	
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
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
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
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)
030	Fachärzte für Neurologie
031	Fachärzte für Nuklearmedizin
032	Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
036	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie
047	Fachärzte für Urologie
048	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
049	schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704

Die Vergleichsgruppen 001, 004 und 005 sind dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen, die übrigen Vergleichsgruppen sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen.

Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

Anlage 2b

Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

- a) niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten
- b) niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- c) niedergelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- d) niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfes (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungsrichtlinien

Anlage 2c
Ärzte ohne RLV

- (1) Fachärzte für Strahlentherapie,
- (2) Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde,
- (3) Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen und Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie,
- (4) 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

Rückstellungen

Allgemein

1. Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge u. a.

Versorgungsbereich Hausärzte

1. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
2. Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, z. B.:
Förderung von Ärzten in Weiterbildung
Förderung von Medizinstudenten (KV-Anteil)
Förderung einer Patenschaftspauschale
3. Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen
4. Rückstellungen zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KV-Anteil)
5. Rückstellungen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V, soweit die hausärztliche Versorgung betroffen ist (KV-Anteil gemäß § 5 Abs. 9)
6. Rückstellungen für Praxisbesonderheiten
7. Rückstellungen gemäß für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge
8. FKZ-Saldo
9. Regionale Abzüge

Versorgungsbereich Fachärzte

1. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
2. Rückstellungen gemäß für Sicherstellungsaufgaben, z. B. :
Förderung von Weiterbildungsassistenten
Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen
3. Rückstellungen zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KV-Anteil)
4. Rückstellungen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V, soweit die fachärztliche Versorgung betroffen ist (KV-Anteil gemäß § 6 Abs. 9)
5. Rückstellungen für Praxisbesonderheiten
6. Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge
7. FKZ-Saldo
8. Regionale Abzüge

Anlage 4

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

- (1) Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen des Versorgungsbereiches (§ 7 Abs. 1),
- (2) Berechnung des RLV-Vergütungsbereiches je Vergleichsgruppe gem. Beschlussteil F,
- (3) Ermittlung der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 9 Abs. 2(FZ Arzt),
- (4) Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,
- (5) Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen gemäß § 9 Abs. 4
- (6) Abschläge

	Abschläge
a) Cluster A bis 150 %	0 %
b) Cluster B über 150 % bis 170 %	25 %
c) Cluster C über 170 % bis 200 %	50 %
d) Cluster D über 200 %	75 %
- (7) Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden.
- (8) Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe,
- (9) Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes gem. Beschlussteil F Anlage 7 unter Einbeziehung der Formel
$$FW\ VG = RLV\ VG / (A + 0,75 \times B + 0,5 \times C + 0,25 \times D),$$
- (10) Ermittlung des arztindividuellen RLV
$$RLV\ Arzt = FW\ VG \times FZ\ Arzt$$
 unter Berücksichtigung Beschlussteil F, Pkt. 3.2.1

Anlage 5 **Übersicht QZV**

Die Anlage 5 wird unter „Übersicht der QZV“ vor Quartalsbeginn veröffentlicht unter:

<http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/honorar/honorardaten/>