

KVS



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

in der Fassung vom 15. November 2017

mit Wirkung ab 1. Januar 2018

Kurzinformation über wesentliche Änderungen des HVM

§ 2 Abs. 3 Buchstabe b)

Gilt nur für Ärzte, die auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015 (alte Bereitschaftsdienstordnung) am Bereitschaftsdienst teilnehmen.

§ 3

Inhalt des neuen § 3 ist die Vergütung der Ärzte, die auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 (neue Bereitschaftsdienstordnung) am Bereitschaftsdienst teilnehmen, beginnend mit den Pilotregionen ab Mitte 2018. Neu ist die Einführung eines Garantiehonorars im Bereitschaftsdienst in Höhe von durchschnittlich 50 EUR in der Stunde innerhalb eines Dienstes.

Außerdem wird ein Zuschlag für längere Fahrtstrecken differenziert nach der Entfernung von Fahrten des Hausbesuchsdienstes im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst eingeführt. Der Anspruch auf diese zusätzliche Vergütung im Hausbesuchsdienst ist auf die Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 10 EUR je Stunde, maximal 120 EUR begrenzt.

§ 4 Absatz 1c Satz 1

Die Regelung enthält die Förderung für den allgemeinen Bereitschaftsdienst, der als Fahrdienst (Hausbesuchsdienst) durchgeführt wird und gilt für Ärzte, die nach der alten Bereitschaftsdienstordnung am Bereitschaftsdienst teilnehmen.

§ 4 Abs. 4 d

Die Vergütung für die Leistungen der qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten im Hausarztbereich wird ab 1. Januar 2018 einbudgetiert. Hierfür stehen laut Beschluss des Bewertungsausschusses für den Bereich Sachsen ca. 1,5 Mio. EUR je Quartal zusätzlich zur Verfügung. Die Vergütung erfolgt aus einem Vorwegabzug des Hausarztbereiches. Die betreffenden Leistungen werden unquotiert nach sächsischer Gebührenordnung vergütet.

§ 5 Abs. 3 Satz 8

In die Ausnahmeregelungen, wonach der Neupatientenzuschlag auch bei Abrechnung außerbudgetärer Leistungen gezahlt wird, wird die Videosprechstunde aufgenommen. Diese Regelung tritt bereits ab 1. April 2017 in Kraft. Hingegen werden die Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten gestrichen, weil diese ab 1. Januar 2018 einbudgetiert werden und damit der Neupatientenzuschlag regulär vergütet wird.

Anlage 10

Auf Grund der außerbudgetären Vergütung der palliativmedizinischen Versorgung (Nr. 13 alt) entfällt die zusätzliche Förderung.

Auf Grund Beschluss der Vertreterversammlung werden im neuen Nr. 14 kardiologische Leistungen sowie die kinderkardiologischen Leistungen unter Vorbehalt einer gesamtvertraglichen Vereinbarung aufgenommen.

Generell gilt künftig, dass eine außerbudgetäre Vergütung nicht mehr nach Anlage 10 gefördert wird.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Präambel	5
§ 1 Anwendungsbereich	5
§ 2 Bildung von Vergütungsvolumina	6
§ 3 Vergütung von Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 und von ambulanter Notfallbehandlung	9
§ 4 Vorwegabzüge im hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen	10
§ 5 Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen	15
§ 6 Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung	19
§ 7 Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)	22
§ 8 Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	26
§ 9 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten	28
§ 10 Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung	28
§ 11 Übergangsregelung	29
§ 12 Inkrafttreten	29

	Seite
Anlage 1	Übersicht QZV 30
Anlage 2a	Ärzte mit RLV und ggf. QZV 31
Anlage 2b	Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200 33
Anlage 2c	Ärzte ohne RLV 34
Anlage 3	Rückstellungen, Zuführungen und Vorwegabzüge in den Vergütungsvolumina 35
Anlage 4	Bildungsvorschriften für RLV und QZV 39
Anlage 5	Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung 41
Anlage 6	Bereinigung von RLV, QZV und anderen Leistungsbestandteilen bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V bzw. bei Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V 43
Anlage 7	Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina 47
Anlage 8	nicht besetzt 50
Anlage 9	Vergütung der Laborleistungen und -kosten 51
Anlage 10	Katalog der nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V besonders förderungswürdigen Leistungen 53

Präambel

Für die Honorarverteilung hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage von § 87b SGB V nach Durchführung des Verfahrens der Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen die nachfolgenden Honorarverteilungsregelungen beschlossen.

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), soweit keine vertraglichen Bestimmungen oder Beschlüsse des Bewertungsausschusses entgegenstehen. Soweit in diesen Honorarverteilungsvorschriften Regelungen enthalten sind, die auch Gegenstand von Vereinbarungen mit den Krankenkassen sind, gelten die Regelungen der betreffenden Vereinbarung. Die Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV sowie die Vergütung von Punktwertzuschlägen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen. Die Vergütung von Leistungen nach § 116b SGB V richtet sich nach den entsprechenden Bundesregelungen, soweit Vertragsärzte die KV Sachsen mit der Durchführung der Abrechnung nach § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V beauftragt haben. Die Bereinigung der RLV erfolgt entsprechend Anlage 6.
- (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, unter Beachtung der Trennung der Gesamtvergütungen. 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, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
 - a) Die KV Sachsen strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Honorarverteilungsvorschriften erheblich einschränken. Die in diesem HVM verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.
 - b) Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieses HVM.

- (4) Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, im Folgenden „Vorgaben“ genannt.

Die für ein Quartal geltende Festsetzung der Grundbeträge und die darauf beruhende Festsetzung der Regelleistungsvolumina (RLV), der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) und der sonstigen Verteilungsvolumina sowie die Anwendung des Regionalpunktwertes richtet sich nach den zum Zeitpunkt der Festsetzung bekannten Beschlüssen auf Bundesebene, dem Stand der Verhandlungen auf Landesebene sowie den zu diesem Zeitpunkt bekannten Datengrundlagen.

Nach Vorliegen der endgültigen Beschlüsse, Verträge und Datengrundlagen erfolgen nach Abschluss des Kalenderjahres für jedes Quartal eine Spitzabrechnung und eine endgültige Festsetzung der Grundbeträge. Auftretende Differenzen zu den für die Quartale eines Kalenderjahres angewandten Grundbeträgen werden bei der Bildung der Grundbeträge der nächsterreichbaren Quartale berücksichtigt.

- (5) Die Durchführungsbestimmungen zu diesem HVM werden vom Vorstand der KV Sachsen beschlossen.
- (6) Für die Honorierung von Leistungen gilt eine Mindestauszahlungsquote in Höhe von 50 %, sofern es keine abweichenden Regelungen gibt. Die Regelung gilt nicht für Quoten, die aus der Anwendung von Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina resultieren.
- (7) 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. Für die Bereinigungen der RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile gelten die Vorschriften in Anlage 6.

§ 2

Bildung von Vergütungsvolumina

- (1) Die eingehenden MGV werden zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung (Verteilungsvergütung) zusammengeführt.
- (2) Gemäß den Vorgaben, Teil B, wird die Verteilungsvergütung in die Vergütungsvolumina bzw. Untervolumina nach Absatz 3 untergliedert. Die Höhe der Mittel ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen Grundbetrages je Versicherten mit der Anzahl der Versicherten im aktuellen Quartal. Die Bildung der Grundbeträge richtet sich nach den Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung.

Das Verteilungsverhältnis der Leistungserbringung des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches an dem Bereinigungsbetrag wegen der Aufwertung psychotherapeutischer Leistungen gem. 43. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ist zu berücksichtigen. Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung sind vorrangig anzuwenden.

Die jeweiligen Grundbeträge des Vorjahresquartals bilden die Basis für die Bildung der Grundbeträge des aktuellen Quartals. Dabei werden Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Vorgaben nicht basiswirksam sind, nicht berücksichtigt.

(3) Die Verteilungsvergütung wird unter Beachtung der KBV-Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung in folgende Vergütungsvolumina untergliedert:

a) Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen

zur Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220 EBM), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320 EBM) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32864 EBM)

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten erfolgt gemäß Teil E der Vorgaben sowie Anlage 9.

b) Vergütungsvolumen für den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung zur Vergütung der Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung sowie zur Förderung des Bereitschaftsdienstes gemäß § 3.

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

1. Die Leistungen der Ärzte, die auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen sowie Leistungen der Notfallbehandlung werden nach § 3 vergütet.

2. Die Leistungen der Ärzte, die auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015 am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen sowie Leistungen der Notfallbehandlung werden wie folgt vergütet:

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

Aus dem Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgt ein Vorwegabzug zur Vergütung von Strukturvorhaltepauschalen für von der KV Sachsen betriebene sowie von der KV Sachsen gemäß § 10 Bereitschaftsdienstordnung beauftragte Bereitschaftspraxen/-gruppen. Gesamtvertragliche Regelungen sind zu beachten.

Die Strukturvorhaltepauschale wird als Zuschlag auf abgerechnete und anerkannte Notfalldienstpauschalen (GOP 01210 und 01212 EBM) gezahlt.

Hausbesuche (GOP 01418 EBM) schließen den Zuschlag aus. Die Höhe der Strukturvorhaltepauschale wird einheitlich auf 10,00 EUR festgesetzt.

c) Vergütungsvolumen für den Hausärztlichen Versorgungsbereich

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

Die Vergütung der Leistungen unterliegt den RLV-/QZV-Regelungen gemäß § 5 ff. bzw. erfolgt aus Vorwegabzügen oder als förderungswürdige Leistung.

d) Vergütungsvolumen für den Fachärztlichen Versorgungsbereich

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

Die Vergütung der Leistungen mit Ausnahme der nachfolgend genannten Untervolumina unterliegt den RLV-/QZV-Regelungen gemäß § 5 ff. bzw. erfolgt aus Vorwegabzügen oder als förderungswürdige Leistung.

Innerhalb dieses Vergütungsvolumens werden folgende Untervolumina gebildet:

1. Genetisches Labor

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Untervolumen für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der humangenetischen Beurteilungen nach den GOP 11230, 11233, 11234, 11235, 11236, 11301, 11302, 11303, 19401 und 19402 EBM erfolgt grundsätzlich mindestens in Höhe von 90 % der Sächsischen Gebührenordnung.

2. Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Untervolumen für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, auf eine Quote von 90 % gestützt aus dem fachärztlichen Grundbetrag.

(4) Es werden Rückstellungen und Zuführungen gemäß Anlage 3 vorgenommen.

(5) Die KV Sachsen stellt sicher, dass die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.

§ 3

Vergütung von Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 und von ambulanter Notfallbehandlung

- (1) Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung werden nach der Sächsischen Gebührenordnung nach Maßgabe nachstehender Regelungen vergütet.
- (2) Sofern die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst den Honoraranspruch, berechnet auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 EUR/ Std. unterschreitet, wird sie auf den nach dieser Vorgabe berechneten Honoraranspruch angehoben.

Sofern die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst den Honoraranspruch, berechnet auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 EUR/ Std. überschreitet, wird der über den so berechneten Honoraranspruch hinausgehende Vergütungsanteil um einen in der Abrechnungsordnung festgesetzten Betriebskostenanteil gekürzt, soweit es sich um einen Honoraranspruch aus der Tätigkeit in einer Bereitschaftspraxis gemäß Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen handelt. Der Betriebskostenanteil findet zur Finanzierung der Kosten der Betriebsstrukturen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst Verwendung.

Soweit im Rahmen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein Anspruch auf Wegebpauschalen aus dem Hausbesuchsdienst gegenüber den Krankenkassen entsteht, findet dieser ebenfalls zur Finanzierung der Kosten der Betriebsstrukturen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst Verwendung.

- (3) Bei längeren Fahrstrecken im Rahmen des Hausbesuchsdienstes im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst wird eine zusätzliche Vergütung nach folgender Tabelle gezahlt:

Aufgreif- GOP	Radiusbereich	Anerkennung ab > 15 km in km (Radiusbezug)	Honorarzuschlag
93228	>15 km – 20 km	5	10 EUR
93230	> 20 km – 25 km	10	20 EUR
93232	>25 km – 30 km	15	30 EUR
93234	>30 km – 35 km	20	40 EUR
93236	>35 km	25	50 EUR

Der Anspruch auf diese zusätzliche Vergütung ist begrenzt auf die Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 10 EUR je Stunde, maximal 120 EUR. Der Anspruch entsteht nicht bei Mitbesuchen gemäß Sächsischer Gebührenordnung.

- (4) Alle Berechnungen in den Absätzen 2 und 3 erfolgen je Arzt und je Dienst.

§ 4

Vorwegabzüge im hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen

(1) Im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen werden jeweils folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vorwegabzug zur Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden.

Die Höhe der Mittel wird auf Basis von Abrechnungsergebnissen der betreffenden Leistungen im Vorjahresquartal festgesetzt.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- b) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM (Hausbesuche).

Die Höhe der Mittel wird auf Basis von Abrechnungsergebnissen der betreffenden Leistungen im Vorjahresquartal festgesetzt.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- c) Vorwegabzug zur Förderung der Bereitschaftsdienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst für Ärzte die auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015 am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Die Höhe der Mittel wird auf Basis der im Vorjahresquartal angefallenen Bereitschaftsdienststunden festgesetzt und gemäß dem auf den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil der Bereitschaftsdienststunden aus den Vergütungsvolumina für den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsbereich entnommen.

Die Förderung wird für den allgemeinen Bereitschaftsdienst, der als Fahrdienst (Hausbesuchsdienst) durchgeführt wird, sowie für von der KV Sachsen angeordnete/genehmigte Hintergrunddienste gewährt. Die Förderung der Bereitschaftsdienststunden im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst wird auch für kinderärztliche Bereitschaftsdienste die als Fahrdienste (Hausbesuchsdienste) durchgeführt werden, gewährt. Von der Förderung sind fachärztliche Bereitschaftsdienste ausgenommen.

Die Vergütung der Förderung der Bereitschaftsdienststunden wird wie folgt vorgenommen:

Ärzte in den Dienstgruppen erhalten 10,00 EUR je Bereitschaftsdienststunde.

- d) Vorwegabzug zur zusätzlichen Vergütung der Leistungen der konventionellen Radiologie des Abschnitts 34.2 des EBM, soweit diese Leistungen dem QZV 81 – Diagnostische Radiologie – zugeordnet sind. Ausgenommen von der zusätzlichen Vergütung sind Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlung.

Für diese Leistungen gilt:

Die vergüteten Leistungen von Fachärzten für Diagnostische Radiologie, Fachärzten für Radiologie, Fachärzten für Nuklearmedizin und entsprechend ermächtigten Ärzten werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,0 Cent zusätzlich vergütet.

Die vergüteten Leistungen von übrigen Ärzten werden mit einem Punktwertzuschlag in Höhe von 1,2 Cent zusätzlich vergütet.

- e) Vorwegabzug zur gesonderten Vergütung von Praxisnetzen getrennt nach teilnehmenden Haus- und Fachärzten

Eine gesonderte Vergütung für in Sachsen anerkannte Praxisnetze ist über die Honorarbescheide der teilnehmenden sächsischen Vertragsärzte auf das Konto des jeweiligen Praxisnetzes in Höhe der nachfolgenden Zuschläge je Vorjahresquartalsbehandlungsfall mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes zu honorieren.

Die Zuschläge werden differenziert entsprechend der Anlage 1 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen wie folgt vergütet:

Basis-Stufe:	10 Cent je Vorjahresquartalsbehandlungsfall
Stufe 1:	15 Cent je Vorjahresquartalsbehandlungsfall
Stufe 2:	20 Cent je Vorjahresquartalsbehandlungsfall

- f) Vorwegabzug zur Vergütung spezieller psychosomatischer Leistungen (GOP 35111, 35112, 35113 und 35120 EBM)

Die Höhe der Mittel wird auf Basis von Abrechnungsergebnissen der betreffenden Leistungen im Vorjahresquartal festgesetzt.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- (2) Im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen wird jeweils folgender weiterer Vorwegabzug vorgenommen:

- a) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen des Abschnitts 1.6 des EBM (Schriftliche Mitteilungen und Gutachten).

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 90 % der Preise der sächsischen Gebührenordnung.

- b) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung des Abschnitts 30.7.1 EBM

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Gesamtvertragliche Vereinbarungen sind vorrangig anzuwenden.

- c) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen der GOPs 38100 und 38105 EBM. Die Höhe des Vorwegabzuges ermittelt sich aus dem umgerechneten Leistungsbedarf der ehemaligen GOPs 40240 und 40260 EBM.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Gesamtvertragliche Vereinbarungen sind vorrangig anzuwenden.

- (3) Die Höhe der Mittel für den Vorwegabzug nach Absatz 2 wird wie folgt festgesetzt:

Ermittlung des Leistungsanteils der o. g. Leistungen bei der Kalkulation der MGV des entsprechenden Abrechnungsquartals in 2008 und angepasst an die zwischenzeitlichen Veränderungen der MGV (ohne zweckgerichtete MGV-Anteile).

Die Berechnung wird wie folgt vorgenommen:

- a) Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2012) x (1+(0,001635 x 0,15)) (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x (1,0129 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2013)) x auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,0168 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2017) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

- b) Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2012) x (1+0,001635 x 0,85)) auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x 1,0129 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2013) x auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,0168 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2017) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

c) Allgemeine Regelungen

Zusätzlich wird die Versichertenentwicklung zwischen dem betreffenden Quartal des Jahres 2008 und dem aktuellen Quartal berücksichtigt.

Die vorgenommene Kalkulationsänderungen der MGV sowie die Differenz des jeweils gültigen Regionalpunktwertes werden zu einem Punktwert in Höhe von 10 Cent entsprechend berücksichtigt.

Die für ein Quartal geltende Festsetzung der Beträge richtet sich nach den zum Zeitpunkt der Festsetzung bekannten Beschlüssen auf Bundesebene, dem Stand der Verhandlungen auf Landesebene sowie den zu diesem Zeitpunkt bekannten Datengrundlagen.

Nach Vorliegen der endgültigen Beschlüsse, Verträge und Datengrundlagen erfolgen nach Abschluss des Kalenderjahres für jedes Quartal eine Spitzabrechnung und eine endgültige Festsetzung der Beträge. Auftretende Differenzen zu den für die Quartale eines Kalenderjahres angewandten Beträgen werden bei der Bildung der Beträge der nächsterreichbaren Quartale berücksichtigt.

(4) Im hausärztlichen Vergütungsvolumen werden folgende weitere Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vorwegabzug zur Vergütung des problemorientierten ärztlichen Gespräches im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230 und GOP 04230 EBM)

Die Höhe der Mittel wird auf Basis von Abrechnungsergebnissen der betreffenden Leistungen im Vorjahresquartal festgesetzt.

Die - innerhalb des Punktzahlvolumens der nach Nr. 10 der Präambel 3.1 bzw. 4.1 des EBM angeordneten Budgetierung erbrachten - Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- b) Vorwegabzug zur Vergütung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 und 04040 EBM).

Die Höhe der Mittel wird wie folgt festgesetzt:

100 % der Gesamtzahl der RLV-relevanten Fälle des hausärztlichen Versorgungsbereiches im Vorjahresquartal, multipliziert mit 144 Punkten, multipliziert mit dem aktuell gültigen Regionalpunktwert. Hierfür werden 25 % des hälftigen Anteils an dem je Kassenärztlicher Vereinigung bereitgestellten Betrag gem. Beschluss des EBA in seiner 37. Sitzung bzw. Beschluss des BA in seiner 319. Sitzung verwendet.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- c) Vorwegabzug zur Vergütung bei Sonderverträgen mit Vertragsbeteiligung der KV Sachsen

Für verbleibende RLV-Leistungen für eingeschriebene Versicherte innerhalb der MGV von vertragsärztlichen Teilnehmern ist ein Vorwegabzug zu bilden.

Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt unter Berücksichtigung der durchschnittlichen RLV-Quote der Vergleichsgruppe.

- d) Vorwegabzug zur Vergütung der Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060 bis 03065 EBM)

Die Höhe der Mittel richtet sich nach dem den Bereich Sachsen betreffenden Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

- (5) Im fachärztlichen Vergütungsvolumen werden folgende weitere Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vorwegabzug zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 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)

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet.

- b) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen der Zytogenetik (GOP 01838 und 01839 EBM)

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet.

- c) Vorwegabzug zur Vergütung anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.

Voraussetzung für die Vergütung ist eine entsprechende Diagnose des Versicherten. Die Leistungen werden nach SGO vergütet.

Die Höhe der Mittel in den Vorwegabzügen nach den Punkten a) und b) richtet sich nach der Vorschrift in Absatz 3 Punkte b) und c).

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

Die Mittel werden auf Basis der Mittel des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Fallzahlentwicklung, der allgemeinen MGV-Veränderungsraten sowie der zwischenzeitlichen Veränderung von EBM- bzw. HVM-Vorschriften kalkuliert.

§ 5

Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

- (1) Die nach Abzug der Mittel für Rückstellungen, für Vorwegabzüge bzw. für Untervolumina verbleibenden Vergütungsvolumina im haus- bzw. im fachärztlichen Versorgungsbereiches werden jeweils in Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe untergliedert. Diese versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina werden entsprechend Anlage 7 Punkt 1 gebildet. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.
 - (1a) Alle fachärztlichen vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina sind um den fachärztlichen Anteil der zusätzlich gesamtvertraglich vereinbarten Mittel (Hälfte der Mittel aus der Gesamtvergütung) anteilig zu erhöhen.
 - (2) Bei Ärzten mit RLV und ggf. QZV gem. Anlage 2a werden die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entsprechend Anlage 7 Punkt 2 auf die nachfolgenden vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche unter Berücksichtigung der Überschüsse und Defizite der Vorquartale gem. Absatz 4 aufgeteilt:
 - a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV
 - b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV und
 - c) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen.
 - (2a) Vorwegabzug in den Vergleichsgruppen zur Vergütung von allgemeinen psychosomatischen Leistungen (GOP 35100 und 35110 EBM)

Die Mittel zur Bildung des Vorwegabzuges werden den Verteilungsvolumina der betroffenen Vergleichsgruppen entnommen.

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM erfolgt aus einem arztindividuellen Budget (Psychosomatik-Volumen) in Höhe der SGO. Die das Volumen übersteigende Leistungen werden nicht vergütet. Das Psychosomatik-Volumen ergibt sich aus der Multiplikation des durchschnittlichen vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes für die genannten Leistungen mit den Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt des Arztes mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im aktuellen Quartal.

Abweichend hiervon entspricht in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an dieser Arztfallzahl mit Arzt-Patienten-Kontakt der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs.

Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt der Arztpraxis.

Der Fallwert für psychosomatische Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM ergibt sich je Vergleichsgruppe aus der Division des angeforderten Honorars für die genannten Leistungen im Jahr 2016 und den Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt der Ärzte mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im Jahr 2016.

Dieser Fallwert wird um die Steigerung des Orientierungspunktwertes weiterentwickelt. Ärzte in Kooperationen (in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einem MVZ bzw. einer Praxis mit angestellten Ärzten) erhalten einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das Psychosomatik-Volumen

Die Zuweisung des Psychosomatik-Volumens erfolgt grundsätzlich arztbezogen. Dem zugewiesenen Psychosomatik-Volumen eines Arztes/Therapeuten steht die von diesem abgerechnete Leistungsmenge gegenüber.

Abweichend hiervon gilt für Ärzte/Therapeuten in Kooperationen (in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einem MVZ bzw. einer Praxis mit angestellten Ärzten), dass die Volumina von Ärzten/Therapeuten der gleichen oder einer verrechnungsfähigen Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. Die verrechnungsfähigen Vergleichsgruppen sind in Anlage 2a definiert.

Diese Regelung wird nach Ablauf von 4 abgerechneten und beschiedenen Quartalen auf einen eventuellen Anpassungsbedarf hin überprüft.

(3) Zur Förderung der Behandlung von Neupatienten gelten folgende Regelungen:

Zur Förderung der Behandlung von Neupatienten nehmen alle markierten Vergleichsgruppen der Anlage 2a („x“ in Spalte 3) in Sachsen teil.

Aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen dieser teilnehmenden Vergleichsgruppen wird aus dem Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb RLV gemäß Abs. 2 a) (RLV-Vergütungsbereich) ein Vorwegabzug in Höhe von 7,5 % zur Finanzierung eines Zuschlages für die Behandlung von Neupatienten gebildet.

Erhöht werden diese Mittel durch die Mittel aus dem entsprechenden Vergleichsgruppenanteil gem. Abs. 1a.

Die in jeder teilnehmenden Vergleichsgruppe gebildeten Förderbudgets werden zur Vergütung eines Zuschlages zur Grundpauschale im Falle der Behandlung von Neupatienten eingesetzt.

Als Neupatient zählen Versicherte, welche in den letzten 3 Quartalen vor dem Arzt-Patienten-Kontakt im aktuellen Quartal nicht von Ärzten der betroffenen Vergleichsgruppe in der Praxis behandelt wurden.

Sofern ein Patient diese Kriterien erfüllt, gilt er auch dann nicht als Neupatient, wenn die Behandlung im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

oder einer Notfallbehandlung erfolgt bzw. wenn es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt.

Weiterhin gilt ein Versicherter nicht als Neupatient, wenn im Behandlungsfall außerbudgetäre Leistungen abgerechnet werden, ausgenommen sind Leistungen der präoperativen (Abschnitt 31.1 EBM) und der postoperativen Versorgung (Abschnitt 31.4 EBM), der GOP 01630 (Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans), der GOP 01450 EBM (Videosprechstunde), der GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM (NÄPA und ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von NÄPA), Pauschalen für den elektronischen Arztbrief (GOP 86900 und 86901 EBM), der Wegepauschalen, und der Impfungen. Grundsätzlich führen außerbudgetäre Vergütungen (u. a. Zuschläge), die für sich genommen keine eigenständig abrechnungsfähige Leistung darstellen, nicht zum Ausschluss des Neupatientenzuschlages.

Weiterhin gilt ein Versicherter nicht als Neupatient, wenn die Leistung für den Patienten auf Zielauftrag erbracht wird.

Hierbei gelten folgende Maßgaben:

- a) Der Zuschlag für Neupatienten in der Vergleichsgruppe ergibt sich aus dem 7,5%igen RLV-Verteilungsvolumen im aktuellen Quartal, zuzüglich des entsprechenden Vergleichsgruppenanteils gemäß Abs. 1a, dividiert durch die Anzahl der Neupatienten des Vorjahresquartals. Dabei darf der Zuschlag nicht höher sein als der halbe RLV-Fallwert der betroffenen Vergleichsgruppe.

Sofern durch die Obergrenze Mittel im Budget für die Zuschlagsregelung verbleiben, werden diese Mittel dem RLV-Budget wieder zugeführt. Das der Zuschlagsberechnung zugrunde liegende Budget bildet die Obergrenze für die Honorierung der Neupatienten im aktuellen Quartal.

- b) Sofern die Kriterien für den Neupatienten im aktuellen Quartal erfüllt sind, wird der Zuschlag für Neupatienten durch die KV Sachsen zur Grundpauschale zugesetzt.

Der Anteil der zugesetzten Zuschläge für die Behandlung von Neupatienten je Vergleichsgruppe in der Praxis an der neupatientenrelevanten Behandlungsfallzahl der Vergleichsgruppe in der Praxis wird auf den doppelten Anteil der Neupatienten des Durchschnitts der jeweiligen Vergleichsgruppe jedoch maximal auf 80 % begrenzt. Bis zu dieser Obergrenze erfolgt die Vergütung der Zuschläge für Neupatienten zu den ausgewiesenen Werten. Wird die Obergrenze überschritten, werden die Werte quotiert.

- c) Sofern das Honorar für Neupatienten im aktuellen Quartal über dem der Zuschlagsberechnung zugrunde liegenden Budget liegt, erfolgt eine weitere Quotierung je Vergleichsgruppe. Verbleibende Mittel werden im nächst erreichbaren Quartal dem RLV-Vergütungsbereich der Vergleichsgruppe wieder zugeführt.
- d) Restmittel bei der Ausschüttung des Förderbudgets werden im nächsterreichbaren Folgequartal dem jeweiligen RLV-Vergütungsbereich der Vergleichsgruppe zugeführt bzw. abgezogen.

Der Vorstand überprüft zeitnah die Auswirkung der Regelung und empfiehlt erforderlichenfalls der Vertreterversammlung notwendige Anpassungen.

Die Regelungen dieses Absatzes gelten nur im Zusammenhang mit entsprechenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen.

(4) Besonders förderungswürdige Leistungen nach Abs. 2 c) sind:

- a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),
- b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
- c) Leistungen der ausführlichen humangenetischen Beurteilung GOP 01837 EBM, sowie
- d) Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM.

Die Honorierung der besonders förderungswürdigen Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 95 % der Preise aus der sächsischen Gebührenordnung. Die Mittel zur Vergütung der Mindestquoten sowie ggf. verbliebene Mittel sind im nächsterreichbaren Quartal in der Bildung der vergleichsgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen zu berücksichtigen.

(5) Bezüglich der Neuaufnahme von Leistungen in den EBM bzw. bei Änderungen der im EBM genannten Werte von Leistungen wird wie folgt verfahren:

Zusatzpauschale nach der GOP. 06225 EBM und Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels 6 (Fachärzte für Augenheilkunde)

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.

Die Division der im Fonds bereitgestellten Finanzmittel durch die RLV-relevante Fallzahl der konservativ tätigen Augenärzte im Vorjahresquartal ergibt einen Zuschlag auf den RLV-Fallwert. Aus Sicherstellungsgründen besteht für geringfügig operierende Augenärzte ein Antragsrecht.

(6) Bei Vergleichsgruppen, die einer Gruppe der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie den Maßstäben zur Feststellung zur Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen, kann der Vorstand bei erheblichen Verwerfungen die Veränderung der Verhältnisse bei Festsetzung der Verteilungsvolumen berücksichtigen.

(7) Die kalkulierten Leistungsbedarfe der neu in den EBM aufgenommenen Leistungen der Kapitel 9 und 20 EBM (HNO- und phoniatriische Leistungen) werden zusammengelegt und anhand der abgerechneten Leistungsmenge dieser Leistungen im Vorjahresquartal neu aufgeteilt.

- (8) Die Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V wird aus dem jeweiligen fachärztlichen Verteilungsvolumen vorgenommen. Der Abzug wird im nächsterreichbaren Quartal zu Lasten derjenigen fachärztlichen Vergleichsgruppe vorgenommen, bei der kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminvermittlungsstelle ersatzweise vorgenommen wurde.
- (9) Die nach Anlage 7 Punkt 1 gebildeten Verteilungsvolumina der Vergleichsgruppen Nervenärzte (028), Neurologen (030) und Psychiater(035) werden zusammengeführt und auf Basis der angeforderten Leistungen im Vorjahresquartal auf die genannten Vergleichsgruppen aufgeteilt.

§ 6

Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

- (1) Ärzte gemäß Anlage 2a unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV und ggf. QZV. Die Mindestquote gem. § 1 Abs. 6 ist nicht anzuwenden.
- (2) Ärzte gemäß Anlagen 2b und 2c unterliegen folgender Leistungssteuerung:

Die nach den vorstehenden Vorschriften verbleibenden Leistungen (Sonstige Leistungen) des aktuellen Quartals werden je Vergleichsgruppe aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach der sächsischen Gebührenordnung honoriert. Übersteigende Leistungen werden mit dem Preis für Restleistungen honoriert.

Die Summe aus dem Honorar zum Regionalpunktwert und zum Preis für Restleistungen durch das jeweils angeforderte Honorar der Vergleichsgruppe ergibt die Quote je Arzt dieser Vergleichsgruppe.

Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2 b gilt in den ersten vier Abrechnungsquartalen für sämtliche sonstige Leistungen eine Mindestquote in Höhe von 80 %. Die Mindestquote gilt unter der Bedingung, dass der Versorgungsauftrag in qualitativer Hinsicht wahrgenommen wird.

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

Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

- a) Ärzte, die über die Abrechnungsgenehmigung der GOP 30704 EBM verfügen, werden der Vergleichsgruppe "schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM " gemäß Anlage 2c zugeordnet.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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.
 - e) 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.
- (6) (unbesetzt)
- (7) Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (8) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung.
- (9) 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 einem Arzt 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, und den überschreitenden Leistungsmengen gemäß Abs. 2 werden versorgungsbereichsspezifisch mit Preisen für Restleistungen vergütet.

Diese ergeben sich, jeweils als Vorwegabzug im Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und für den fachärztlichen Vergütungsbereich als Quotient aus diesem Vergütungsvolumen in Höhe von 1,0 % des jeweiligen RLV-Verteilungsvolumens aus § 5

Abs.1 dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV und nach Abs. 2 übersteigenden Vergütungen nach der jeweils gültigen sächsischen Gebührenordnung.

Die so ermittelte Quote wird mit den versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, und nach Abs. 2 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 für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs ein neues arztbezogenes RLV und QZV zugewiesen 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 § 7 Abs. 3 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

(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.

(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.

§ 7

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 und der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Abweichend hiervon ergibt sich die Höhe des RLV eines Arztes des hausärztlichen Versorgungsbereiches aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte nach Altersklassen und der RLV-relevanten Fallzahlen des Arztes nach Altersklassen im aktuellen Quartal.

Die Bildungsvorschriften befinden sich in Anlage 4 Punkt A.

(2) RLV-relevante Fälle

RLV-relevante Fälle (nachfolgend: RLV-Fälle) sind grundsätzlich kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß Bundesmantelvertrag, ausgenommen Notfälle im organisierten Bereitschaftsdienst und sonstige Notfälle (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und sonstige Fälle, in denen ausschließlich Leistungen abgerechnet werden, welche nicht der Leistungssteuerung durch das RLV unterliegen.

RLV-Fälle im Sinne dieser Vorschrift sind auch alle sonstigen Behandlungsfälle, in denen RLV-relevante Leistungen zur Abrechnung gelangen, soweit der HVM keine abweichenden Regelungen trifft.

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 und 2.
- 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 und 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Ärzte gem. Anlage 2a der Praxis.
Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2 der Arztpraxis.

(3) RLV-Fallwert

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 5.

Der für einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereiches 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.

Die vorstehende Vorschrift gilt für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches analog, wobei die durchschnittlichen Fallzahlen der jeweiligen Vergleichsgruppe des aktuellen Quartals herangezogen werden. Hierbei wird eine einheitliche Quote über alle Altersklassen gebildet. Die Aufteilung der überschreitenden Fälle auf die Altersklassen erfolgt nach dem Anteil der Fallzahl der Altersklasse an der Gesamtfallzahl des Arztes.

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.

(4) **Bildungsvorschriften zum RLV**

Die RLV werden je Arzt gemäß Anlage 4 Punkt A 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 grundsätzlich arztbezogen. Dem zugewiesenen RLV eines Arztes steht die von diesem abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Abweichend hiervon gilt für Ärzte in Kooperationen (in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einem MVZ bzw. einer Praxis mit angestellten Ärzten), dass die RLV von Ärzten der gleichen oder einer RLV/QZV-verrechnungsfähigen Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. RLV/QZV-verrechnungsfähige Vergleichsgruppen sind in Anlage 2a definiert.

Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von dem Vertragsarzt ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist im fachärztlichen Versorgungsbereich das RLV unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 4 Punkt A) (1) zu ermitteln.

Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten gelten für Ärzte in Kooperationen folgende Regelungen:

- a) Ärzte in vergleichsgruppengleichen Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches erhalten einen Zuschlag in Höhe von 22,5 % auf das RLV, im Übrigen erhalten andere vergleichsgruppengleiche Kooperationen einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das RLV. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne des 1. Halbsatzes als eine Vergleichsgruppe.
- b) Ärzte in vergleichsgruppenübergreifenden Kooperationen erhalten grundsätzlich einen Zuschlag in Höhe von 5 % auf das RLV. Sofern der Kooperationsgrad der jeweiligen Kooperation größer als 5 % ist, entspricht der Zuschlag der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte. Es gilt eine Höchstgrenze von 10 %.
- c) Abweichend hiervon gilt für standortübergreifende Kooperationen, dass sich der Zuschlag in der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte bis zu einer Höchstgrenze von 10 % ergibt. Für Ärzte in vergleichsgruppengleichen standortübergreifenden Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches gilt eine Höchstgrenze in Höhe von 22,5 %. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne von Satz 2 als eine Vergleichsgruppe.
- d) Der Kooperationsgrad (KG) wird wie folgt ermittelt:

$$KG = \left(\frac{\text{RLV - relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal}}{\text{RLV - relevante Behandlungsfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal}} - 1 \right) \times 100$$

Abweichend von der grundsätzlichen Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahl gemäß § 7 Abs. 2 werden bei der Ermittlung des Kooperationsgrades auch Arztfallzahlen berücksichtigt in denen ausschließlich QZV-relevante Leistungen bzw. die Pseudoziffer 99990 zu Abrechnung gelangen.

(5) **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 bzw. angestellt waren.
- b) Für Jungärzte ergibt sich das arztindividuelle RLV auf Basis der RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals.
- c) Abweichend von b) wird für fachärztliche vergleichsgruppengleiche und/oder RLV/QZV-verrechnungsfähige Ärzte in einer Kooperation (Verrechnungsgruppe) die RLV-Fallzahl des Jungarztes wie folgt berechnet:

1. Ermittlung der RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der zugewiesenen RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals.
2. Ist die RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal geringer als die bzw. gleich der zugewiesene/n RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals, wird dem Jungarzt keine RLV-Fallzahl zugewiesen.
3. Ist die RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal größer als die zugewiesene RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals, wird dem Jungarzt seine RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals bis zur Höhe der Steigerung der RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal gegenüber der zugewiesenen RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals zugewiesen.

Sofern mehrere Jungärzte in der Verrechnungsgruppe tätig sind, erfolgt die Aufteilung anhand des Anteils an der Steigerung der RLV-Fallzahl der Jungärzte der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal.

- d) Nach Ablauf der Jungarztzeit wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet. Sollte bei diesen Ärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich eine erhebliche Erhöhung der RLV-Fallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der letzten vier Quartale vorliegen, ist auf Antrag eine abweichende Festlegung möglich.
 - e) Bei Praxisübernahmen im fachärztlichen Versorgungsbereich werden die Regelungen unter a) bis d) analog angewandt.
- (6) Bei Neuaufnahme einer Tätigkeit in einer weiteren Praxis ergibt sich für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Altärzte in weiterer Praxis) mit Wirkung für die Tätigkeit in dieser Praxis für 4 volle Quartale das arztindividuelle RLV auf Basis der RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals. Diese Regelung gilt für die Bildung der QZV analog. Diese Regelung gilt nicht für die Aufnahme der Tätigkeit in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft. Die Regelungen des § 7 Abs. 5 c und d gelten für diesen Zeitraum analog.
- (7) a) Für sächsische Vertragsärzte, die in anderen KV-Bereichen tätig werden (Altärzte in anderer KV tätig), gilt folgende Regelung:

Wird entsprechend dem Versorgungsauftrag in der KV Sachsen die vorgeschriebene Mindest-Sprechzeit gemäß Sicherstellungsstatut der KV Sachsen erfüllt, erfolgt keine Kürzung des sächsischen RLV/QZV bzw. der Fallzahlabstaffelungsgrenzen. Wird die vorgeschriebene Mindestsprechzeit nicht erfüllt, ist eine Reduzierung des Versorgungsauftrages zu prüfen. Wird eine Reduzierung festgestellt, erfolgt eine entsprechende Reduzierung des RLV/QZV (bei Altärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches) bzw. der Fallzahlabstaffelungsgrenzen. Die Zuweisung des RLV in anderen KV-Bereichen obliegt der jeweils zuständigen KV.

b) Für Ärzte aus anderen KV-Bereichen gelten folgende Regelungen:

Die Festlegung der Beschäftigungsumfänge (bei Jung- und Hausärzten nur zu Bestimmung der Fallzahlabstaffelungsgrenzen) erfolgt unter Berücksichtigung der der KV Sachsen gemeldeten Sprechzeiten und den im Sicherstellungsstatut der KV Sachsen festgelegten Mindestsprechzeiten.

Bei Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Altärzte aus anderer KV) gilt für 12 volle Quartale das arztindividuelle RLV auf Basis der RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals. Die Regelungen des § 7 Abs. 5 c und d gelten für diesen Zeitraum analog.

Die Vorschriften des Absatzes 7 finden auch Anwendung für die Zuweisung von QZV.

§ 8

Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

(1) Bestimmung der QZV

- a) Gemäß Anlage 1 werden für die in Anlagen 2a genannten Vergleichsgruppen QZV's gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich entsprechend § 5 Abs. 2.
- b) 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 Finanzmittel werden dem RLV-Vergütungsvolumen der Vergleichsgruppe zugeführt.

(2) QZV-relevante Fälle

Die QZV sind je Leistungsfall zu berechnen und zuzuweisen. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im ambulanten Behandlungsfall des entsprechenden Basisquartals mindestens eine Leistung des Leistungskataloges des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Sofern mehrere Ärzte einer Praxis, Leistungen eines QZV in einem Behandlungsfall erbringen, erfolgt die Leistungsfallermittlung anteilig. Die Basisquartale gelten analog der Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahlen.

(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. Die Formel zur Berechnung befindet sich in Anlage 4 Punkt B.

(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 analog den Regelungen zum RLV gem. § 7 Abs. 4.

- (5) Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten gelten hinsichtlich der Zuschläge auf QZV-Leistungen für Ärzte in Kooperationen (Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Praxen mit angestellten Ärzten) die BAG - Zuschlagsregelungen für RLV gem. § 7 Abs. 4 entsprechend.

(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:

- QZV hausärztliche geriatrische Versorgung des Abschnitts 3.2.4 des EBM,
- QZV palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM und
- QZV sozialpädiatrische Versorgung des Abschnitts 4.2.4 des EBM (außer GOP 04356 EBM)

Die Finanzierung der QZV richtet sich nach 25 % an dem Anteil an dem je nach KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung, der gemäß dem angewandten Trennungsfaktor der bis 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, zzgl. 10 %, welche aus KV-eigenen Mitteln finanziert werden. Die Mittel werden auf Basis des Leistungsbedarfs des Jahres 2015 der GOP der QZV auf die QZV aufgeteilt.

(7) Jungarztregelung bzw. Erwerb von neuen Berechtigungen

- a) Für Altärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die eine Berechtigung zur Erbringung von Leistungen aus einem QZV neu erlangt haben, besteht ein Antragsrecht auf Zuweisung eines QZV. 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 § 7 Abs. 5, wobei die Begrifflichkeit der RLV-Fallzahl durch die QZV-Leistungsfallzahl ersetzt wird.

§ 9

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten

- (1) Ärzte und Psychotherapeuten nach Anlage 2b werden gemäß § 6 Abs. 2 vergütet.
- (2) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 SGB V der Anlage 2a, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen oder probatorischen Leistungen betroffen sind, 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 den Preisen für Restleistungen.
- (3) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2a, die in § 87b Abs. 2 SGB V nicht genannt sind, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen betroffen sind, 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 den Preisen für Restleistungen.
- (4) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen betroffen sind, erfolgt aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung von § 6 Abs. 2 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung.

§ 10

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 § 58 der Bedarfsplanungs-Richtlinien 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 Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erhält der Praxisinhaber kein zusätzliches RLV/QZV.
- (2) Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen gemäß § 40 der Bedarfsplanungs-Richtlinien („Job Sharing-Praxen“)

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 § 7 Abs. 5 bzw. des § 8 Abs. 7b.

§ 11 **Übergangsregelungen**

- (1) Soweit Leistungen innerhalb der MGV vereinbart werden, die bisher außerhalb der MGV honoriert wurden, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den im Vorjahresquartal zur Verfügung stehenden Mitteln, zuzüglich zwischenzeitlich eingetretener Gesamtvergütungsveränderungen. 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 die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bisher innerhalb der MGV honoriert wurden, erfolgt eine Anpassung des HVM zum nächsterreichbaren Quartal. Honorardifferenzen werden nachvergütet. Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses außerhalb der MGV vergütet werden können, sind ab dem Inkrafttreten der Empfehlung gesondert aus einem entsprechenden Vorwegabzug ggf. quotiert zu honorieren, soweit noch keine entsprechende vertragliche Regelung mit den Krankenkassen vereinbart ist.
- (2a) Soweit die MGV zweckgerichtete Vergütungsanteile enthält, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen – ggf. getrennt nach Vergütungsvolumina – honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den zweckgerichteten MGV-Anteilen. Die Division der Mittel durch den angeforderten Bedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechenden Anforderungen angewandt wird.
- (3) Die Bestimmungen der § 2 Abs. 3 Buchstabe b) 1. und § 3 finden für alle Bereitschaftsdienstbereiche Anwendung, für die die Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 Anwendung findet. Soweit und solange Bereitschaftsdienstbereiche den Regelungen der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 15. November 2015 unterliegen, finden die Bestimmungen des § 2 Abs. 3 Buchstabe b) Nr. 2 und § 4 Abs. 1 Buchstabe c) Anwendung.

§ 12 **Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt am 1. Januar 2018 in Kraft und ersetzt den HVM vom 10. Mai 2017.

Abweichend davon werden die GOP 01450 EBM (Videosprechstunde) bereits mit Wirkung ab 1. April 2017 und die GOP 38202 und 38207 EBM bereits mit Wirkung ab 1. Juli 2017 in die Regelung nach § 5 Abs. 3 Satz 8 aufgenommen.

Anlage 1

Tabelle QZV

Entspricht der Veröffentlichung im Internet.

Anlage 2a Ärzte mit RLV und ggf. QZV

Vergleichsgruppe	Bezeichnung	Einbindung Neupatientenmodell
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	x
009	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	
010	Fachärzte für Frauenheilkunde	
012	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	x
013	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	x
014	Fachärzte für Humangenetik	
015	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	x
016	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	x
017	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	x
018	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	x
019	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	
020	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	x
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	x
024	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	x
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)	x
030	Fachärzte für Neurologie	x
031	Fachärzte für Nuklearmedizin	
032	Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	x
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	x
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	x
036	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie	
047	Fachärzte für Urologie	x
048	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	x

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.

RLV-/QZV-verrechnungsfähige Vergleichsgruppen gem. § 7 Abs. 4 sind:

- 001, 004 und 005
- 012 und 034
- 016 und 020
- 026, 028, 030 und 035
- 031 und 036
- 032 und 048

Anlage 2b

Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200

Folgende Leistungserbringer bilden die Vergleichsgruppe 200:

- 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 § 18 Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinien

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 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 vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.

Anlage 2c **Ärzte ohne RLV**

Vergleichsgruppe 049 - schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM

Vergleichsgruppe 109 - Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie und Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen,

Vergleichsgruppe 114 - ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde,

Vergleichsgruppe 210 - Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht der Vergleichsgruppe 109 zugeordnet sind.

Vergleichsgruppe 220 - Fachärzte für Strahlentherapie

Anlage 3

Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen

a) Bereich vor Aufteilung der MGV auf die Vergütungsvolumina

Vorwegabzug zur Bildung eines Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V (KV-Anteil),

b) Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Rückstellungen und Zuführungen für den Ausgleich von Unter- oder Überschüssen in anderen Vergütungsvolumina

1.1 Unter- oder Überschüsse im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen

Es werden Rückstellungen gebildet für den Ausgleich von Unterschüssen im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen. Der auf das Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Finanzierungsanteil an dem Unterschuss richtet sich nach dem Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß den bis 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt.

Für Überschüsse im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen gilt die Vorschrift analog.

1.2 Unter- oder Überschüsse im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung

Es werden Rückstellungen gebildet für den Ausgleich von Unterschüssen im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung. Der auf das Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches entfallende Finanzierungsanteil an dem Unterschuss richtet sich nach der Anzahl der Vertragsärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.).

Für Überschüsse im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung, gilt die Vorschrift analog.

2. Rückstellungen und Zuführungen für den Ausgleich von Unter- oder Überschüssen in Vorwegabzügen des Vergütungsvolumens für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich, deren Höhen zwecks Festsetzung der RLV vor Beginn des Leistungsquartals im Wege der gewissenhaften Kostenschätzung festgelegt werden.

3. Rückstellungen und Zuführungen im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen aus anderen Gründen

- 3.1 Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen, soweit das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist.
- 3.2 Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, soweit nicht anders geregelt und das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist. Darunter fallen auch Rückstellungen zur Übertragung vom haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich für die Übernahme des hausärztlichen Versorgungsauftrages durch Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V.
- 3.3. Abzug für die Entschädigung einer Arztpraxis gemäß § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V. Der Abzug wird in den nächsterreichbaren Quartalen aus dem Verteilungsvolumen derjenigen haus- bzw. fachärztlichen Vergleichsgruppe entnommen, dem die Praxis angehört.
- 3.4 Abzug für die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen für haus- bzw. fachärztliche Eigenpraxen der KV Sachsen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Gebiet oder in einem Teil eines Gebietes eines Zulassungsbezirks errichtet wurden. Der Abzug erfolgt aus dem Verteilungsvolumen derjenigen haus- bzw. fachärztlichen Vergleichsgruppe, der die Praxis angehört. Die Höhe des Sicherstellungszuschlages richtet sich nach der tatsächlichen Kostendeckung bei der Eigenpraxis. Der Abzug wird im nächsterreichbaren Quartal vorgenommen. Überschüsse werden der entsprechenden Vergleichsgruppe zugeführt.
- 3.5 Rückstellungen für nicht ausgeschöpften Behandlungsbedarf

Der auf das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen entfallende Finanzierungsanteil richtet sich nach dem Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß den bis 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt.
- 3.6 Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches
- 3.7 Rückstellungen für den Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen (u. a. Praxisbesonderheiten)

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gelten folgende Vorschriften:

- a) Die Höhe der Rückstellungen richtet sich nach denjenigen Mitteln, die mit Feststellung Stichtag 15. September 2014 quartalsdurchschnittlich im Jahr 2013 aufgrund positiver Bescheidung von Anträgen für die Quartale des Jahres 2013 aufgewandt wurden.

Diese Rückstellung wird gemäß den Vergleichsgruppenanteilen der Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches bei der Bildung der RLV/QZV-Budgets aufgeteilt.

Ist die Differenz zwischen der quartalsdurchschnittlichen Antragssumme im Jahr 2013 aufgrund positiver Bescheidung und dem entsprechenden Rückstellungsbe-

trag aufgrund der Vergleichsgruppenanteile positiv, erfolgt gemäß den folgenden Maßgaben ein zusätzlicher Finanzausgleich:

- (1) Vergleichsgruppen, die quartalsdurchschnittlich im Jahr 2013 eine RLV/QZV-Quote von unter 0,75 aufwiesen

Die Höhe der zugeordneten Rückstellungen je Vergleichsgruppe richtet sich nach denjenigen Mitteln, die quartalsdurchschnittlich im Jahr 2013 aufgrund positiver Bescheidung von Anträgen von Teilnehmern der jeweiligen Vergleichsgruppe an die betreffende Vergleichsgruppe insgesamt geflossen sind.

- (2) Vergleichsgruppen, die quartalsdurchschnittlich im Jahr 2013 eine RLV/QZV-Quote von 0,75 oder darüber aufwiesen

Die Höhe der zugeordneten Rückstellungen je Vergleichsgruppe richtet sich nach denjenigen Mitteln, die quartalsdurchschnittlich im Jahr 2013 aufgrund positiver Bescheidung von Anträgen von Teilnehmern der jeweiligen Vergleichsgruppe an die betreffende Vergleichsgruppe insgesamt geflossen sind. Überschreiten diese Mittel den aufgrund der Vergleichsgruppenanteile gebildeten Anteil der Vergleichsgruppe an der Rückstellung, erhält die Vergleichsgruppe 50 % der Mittel aus dem entsprechenden Überhang.

Zur Berücksichtigung von überlappenden Antragsgründen erfolgt eine Zuordnung des Überhangs der betreffenden Vergleichsgruppe nur dann, wenn der Überhang dieser Vergleichsgruppe die Zuführung, die sich in dieser Vergleichsgruppe aus der Regelung in Anlage 7 Punkt 4 ergibt, überschreitet. Bei Vorliegen einer solchen Überschreitung wird diese Überschreitung der Rückstellung der betreffenden Vergleichsgruppe zugeordnet.

- b) Die aus positiven Antragsbescheidungen für eine Vergleichsgruppe zu finanzierenden Finanzmittel werden ab dem 4. Quartal 2014 übergangsweise jeweils der der Vergleichsgruppe zugeordneten Rückstellung entnommen. Werden die Mittel überschritten, wird die Differenz aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe des nächsterreichbaren Quartals entnommen. Bei einer Vergleichsgruppe mit einer RLV-/QZV-Quote unter 0,5 im aktuellen Quartal wird die Differenz zu Lasten aller Vergleichsgruppen entnommen.
- c) Die entsprechend den o. g. Vorschriften vergleichsgruppenspezifisch gebildeten Mittel werden im nächsterreichbaren Quartal in die Vergütungsvolumina der Vergleichsgruppen überführt. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Finanzierung von positiv beschiedenen Anträgen aus dem jeweils betroffenen Vergütungsvolumen einer Vergleichsgruppe. Bei einer Vergleichsgruppe mit einer RLV-/QZV-Quote unter 0,5 im aktuellen Quartal werden die Mittel, die das zugeführte Finanzvolumen für Anträge überschreiten, zu Lasten aller Vergleichsgruppen entnommen.

- 3.8 Rückstellung zur Förderung von Praxisnetzen entsprechend den Rahmenvorgaben der KBV und der Richtlinien der KV Sachsen (jeweils für beteiligte Haus- bzw. Fachärzte), soweit keine anderweitige Finanzierung erfolgt, wobei eine Spitzabrechnung am Jahresende zur Feststellung verbliebener Mittel erfolgt.

- 3.9 Abzug für die gesonderte Vergütung von Praxisnetzen gemäß § 4 Abs. 1e (jeweils für am Praxisnetz beteiligte Haus- bzw. Fachärzte)
- 3.10 Vorwegabzug für die Förderung von Ärzten jeweils des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches in Weiterbildung (KV-Anteil)
- 3.11 Zuführungen bzw. Abzüge aus den FKZ-Salden, soweit der haus- bzw. fachärztliche Versorgungsbereich betroffen ist.
- 3.12 Zuführung aus Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V, soweit innerhalb der MGV erbrachte Leistungen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches betroffen sind.
- 3.13 Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt ein Abzug für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V i. V. m. § 5 Abs. 8. Der Abzug wird in den nächsterreichbaren Quartalen aus dem Verteilungsvolumen derjenigen fachärztlichen Vergleichsgruppe entnommen, dem die Praxis angehört)
- 3.14 Für alle Finanzflüsse nach den Punkten 1 bis 3 gilt, dass diese bei der Bildung des Ausgangswertes der Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt bleiben. Für alle Rückstellungen gilt, dass diese in einem gemeinsamen Rückstellungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches zusammengeführt werden. Nicht benötigte Rückstellungen bzw. Überschüsse werden als Rückstellungen in Folgequartale verwandt oder werden in Folgequartalen in das Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches zurückgeführt.

Anlage 4

Bildungsvorschriften für RLV und QZV

A) Bildungsvorschriften zum RLV

(1) fachärztlicher Versorgungsbereich

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{VGR}} \times FZ_{\text{Arzt}}$$

RLV_{Arzt} : Regelleistungsvolumen pro Arzt

FW_{VGR} : vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert

FZ_{Arzt} : RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß § 7 Abs. 2.

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.

Das Regelleistungsvolumen pro Arzt gemäß Satz 1 wird nach Altersgruppen morbiditätsbezogen differenziert mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\text{Faktor}_{\text{Morbidität}} = \frac{n_f \times \frac{f}{i} + n_g \times \frac{g}{i} + n_h \times \frac{h}{i}}{n}$$

f = vergleichsgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr für Leistungen die innerhalb RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = vergleichsgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr für Leistungen die innerhalb RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = vergleichsgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr für Leistungen die innerhalb RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

i = vergleichsgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr für Leistungen die innerhalb RLV vergütet werden, für alle Versicherte

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Jahr in der Vergleichsgruppe.

(2) hausärztlicher Versorgungsbereich

Die Bildung der RLV erfolgt im hausärztlichen Versorgungsbereich altersklassenspezifisch. Dabei gelten folgende Altersklassen:

AK1 = Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

AK2 = Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

AK3 = Versicherte ab Beginn 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr

AK4 = Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr

AK5 = Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{VGR}}^{\text{AK1}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK1}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK2}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK2}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK3}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK3}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK4}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK4}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK5}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK5}}$$

RLV_{Arzt} : Regelleistungsvolumen pro Arzt

FW_{VGR} : vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert je Altersklasse

FZ_{Arzt} : RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß § 7 Abs. 2 je Altersklasse

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.

B) Berechnungsvorschriften zum QZV-Fallwert

Der QZV-Fallwert wird nach folgender Formel berechnet:

$$QZV - FW_{\text{VGR}}^{1-n} = \frac{QZV_{\text{VGR}}^{1-n}}{QZV - \text{Leistungsfälle}_{\text{VGR}}^{1-n}}$$

QZV_{VGR}^{1-n} : Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb QZV gemäß Anlage 1

Anlage 5

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

Bildungsvorschrift des RLV-Fallwertes

Bei der Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes wird wie folgt vorgegangen:

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen des Versorgungsbereiches gemäß § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung,
2. Berechnung des RLV-Vergütungsbereiches je Vergleichsgruppe gemäß § 5 Abs. 2 dieser Vereinbarung,
3. Ermittlung der Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 7 Abs. 2 (im fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung der Fallwertabstaffelungsregelung gemäß § 7 Abs. 3 sowie Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,
4. Die Ermittlung der RLV-Fälle des hausärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt nach Altersklassen gemäß Anlage 4 A) (2)
5. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Formel:

$$FW_HA_{VGR}^{AKn} = \frac{RLV_{VGR}^{AKn}}{FZ_{VGR}^{AKn}}$$

$FW_HA_{VGR}^{AKn}$: vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert im hausärztlichen Versorgungsbereich nach Altersklasse

RLV_{VGR}^{AKn} : vergleichsgruppenspezifisches Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb RLV im hausärztlichen Versorgungsbereich nach Altersklasse

FZ_{VGR}^{AKn} : vergleichsgruppenspezifische RLV-relevante Fallzahl im hausärztlichen Versorgungsbereich nach Altersklasse

Die sich rechnerisch ergebenden RLV-Fallwerte werden kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013 wird die Abstaffelungsregelung im hausärztlichen Versorgungsbereich nach § 7 Abs. 3 bei der Ermittlung der Fallwerte berücksichtigt.

6. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Vorgehensweise:
 - (a) Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen nach folgender Vorschrift:

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 0 % für Fälle bis 150 % durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster A),
- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster B),
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster C) und
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster D).

Dabei kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden.

- (b) Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe,
- (c) Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes nach folgender Formel:

$$FW_{VGR} = \frac{RLV_{VGR}}{(FZ_A + 0,75 \times FZ_B + 0,5 \times FZ_C + 0,25 \times FZ_D)}$$

FW _{VGR} :	vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert
RLV _{VGR} :	Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb RLV
FZ _A :	RLV-relevante Fallzahl Cluster A
FZ _B :	RLV-relevante Fallzahl Cluster B
FZ _C :	RLV-relevante Fallzahl Cluster C
FZ _D :	RLV-relevante Fallzahl Cluster D

Anlage 6

Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

1. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen § 116b Abs. 6 S. 13 und 14 SGB V (ambulant-spezialfachärztliche Versorgung –ASV-)

- (1) Das Bereinigungsvolumen je ASV-Diagnose gem. § 116b Abs. 6 S. 13 und 14 SGB V ist gemäß der Vorgabe der KBV bis auf die Arzzebene je Quartal zu berücksichtigen.
- (2) Das Bereinigungsvolumen wird auf die zur ASV-Teilnahme berechtigten Arztgruppen mit dem Anteil der Arztgruppe an der festgesetzten durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patienten komplett aufgeteilt und das jeweilige Verteilungsvolumen, ggf. differenziert nach den Bereichen gemäß § 5 Abs. 2, entsprechend vermindert.

Abweichend hiervon wird das entsprechende Bereinigungsvolumen auch aus dem Vergütungsvolumen für Laborleistungen sowie „Genetisches Labor“ und dem Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) entnommen. Der Bereinigungsbetrag wird anderen Vorwegabzügen dann entnommen, wenn im ersten Quartal der Bereinigung der entsprechende Anteil 1 % des Vorwegabzuges übersteigt.

Die Bereinigung findet im entsprechenden Quartal des Folgejahres statt. Bis zur Bereinigung können gegebenenfalls Rückstellungen gebildet werden.

- (3) Bei jedem teilnehmenden Arzt der Anlage 2a wird die Fallzahl der arztindividuell abgerechneten ASV-Patienten bei der RLV-Zuweisung mindernd berücksichtigt. Die Berücksichtigung findet im entsprechenden Quartal des Folgejahres statt und wird dadurch umgesetzt, dass die ASV-Leistungserbringung bereits mindernd in die Basisfallzahl bei der Festsetzung des RLV eingeflossen ist. Eine Überprüfung auf Plausibilität erfolgt im Rahmen der regulären Prüfverfahren.
- (4) In der Einführungsphase je ASV erfolgt in den Jahren 2 und 3 eine Differenzbereinigung jeweils zum Vorjahresquartal. Ab dem Jahr 4 wird die Bereinigung aus Jahr 3 basiswirksam fortgeschrieben.

2. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen § 73b Abs. 7 SGB V

A) Gegenstand

- (1) Anlage 6 Punkt 2. regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach § 73b SGB V.
- (2) Die unter Punkt 2. getroffenen Regelungen gelten nur für Selektivverträge mit ex-ante-Einschreibung der Versicherten
- (3) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Bereich der Bereinigung von RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme

von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 63, 73b und 140a ff SGB V gelten vorrangig.

Sollten die Vorgaben der KBV nicht verbindlich sein oder bestehen Regelungslücken, gelten die nachfolgenden Vorschriften.

B) Voraussetzungen

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass die betreffende Krankenkasse, die einen Selektivvertrag nach § 73b ff. SGB V geschlossen hat, bzw. der für diese Krankenkasse zuständige Landesverband mit der KV Sachsen zur Bereinigung der MGV eine für diesen Selektivvertrag geltende Bereinigungsvereinbarung abgeschlossen hat.

C) Bereinigungsverfahren der MGV bei bereichseigenen Selektivverträgen

Da es sich bei der in die Verteilung eingehenden MGV bereits um eine um die Selektivverträge bereinigte MGV handelt, ist dieser MGV zunächst die bereits eingeflossene Basisbereinigung/Differenzbereinigung zuzusetzen. Das Bereinigungsvolumen wird denjenigen Vergütungsvolumina entnommen, welche von dem Selektivvertrag betroffen sind.

D) Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

- (1) Bereichseigene Selektivverträge sind Selektivverträge, an denen Vertragsärzte aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen. Eine Bereinigung erfolgt für Versicherte mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen.
- (2) Eine Bereinigung der RLV/QZV erfolgt nur, wenn das Basisquartal bzw. der Basiszeitraum für die Ermittlung der RLV/QZV nicht das aktuelle Abrechnungsquartal ist.
- (3) Wird nach erfolgter Einigung mit der Krankenkasse über die Datenlieferung ein von dem bei der RLV/QZV-Berechnung verwendeten Bereinigungsvolumen abweichender Bereinigungsbetrag festgestellt, so ist die Differenz je Versorgungsbereich im nächst erreichbaren Quartal zu verrechnen.

E) Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

- (1) Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.
- (2) Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

Das sich je Krankenkasse und Quartal ergebende Bereinigungsvolumen wird entsprechend den an der Selektivversorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie den bereinigten Leistungen aus den Vergütungsvolumina (laboratoriumsmmedizinische Leistungen, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Haus- bzw. Fachärztlicher Versorgungsbereich) und / oder Untervolumina (Genetisches Labor, PFG) entnommen. Die Verteilung auf die Vergütungsvolumina und Untervolumina erfolgt unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage.

3. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen Teilnahme von Ärzten an Verträgen nach § 140a Abs. 6 ff. SGB V mit situativer Einschreibung von Versicherten

A) Gegenstand

- (1) Anlage 6 Punkt 3. regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach § 140a ff. SGB V mit situativer Einschreibung von Versicherten.
- (2) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Bereich der Bereinigung von RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 63, 73b und 140a ff SGB V gelten vorrangig.

Sollten die Vorgaben der KBV nicht verbindlich sein oder bestehen Regelungslücken, gelten die nachfolgenden Vorschriften.

B) Voraussetzungen

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass die betreffende Krankenkasse, die einen Selektivvertrag nach § 140a ff. SGB V geschlossen hat, bzw. der für diese Krankenkasse zuständige Landesverband mit der KV Sachsen zur Bereinigung der MGV eine für diesen Selektivvertrag geltende Bereinigungsvereinbarung abgeschlossen hat.

C) Bereinigungsverfahren der MGV bei bereichseigenen Selektivverträgen

Da es sich bei der in die Verteilung eingehenden MGV bereits um eine um die Selektivverträge bereinigte MGV handelt, ist dieser MGV zunächst die bereits eingeflossene Basisbereinigung/Differenzbereinigung zuzusetzen. Das Bereinigungsvolumen wird denjenigen Vergütungsvolumina entnommen, welche von dem Selektivvertrag betroffen sind.

D) Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

- (1) Bereichseigene Selektivverträge sind Selektivverträge, an denen Vertragsärzte aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen. Eine Bereinigung erfolgt für Versicherte mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen.
- (2) Eine Bereinigung der RLV/QZV erfolgt nur, wenn das Basisquartal bzw. der Basiszeitraum für die Ermittlung der RLV/QZV nicht das aktuelle Abrechnungsquartal ist.
- (3) Der Bereinigungsfallwert je Versicherten wird unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage bereinigt. Die größte Zuordnungsebene stellen dabei die Vergütungsvolumina für laboratoriumsmedizinische Leistungen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Hausärztlichen und Fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Untervolumina Genetisches Labor und PFG dar. Die kleinste Zuordnungsebene stellt das praxisspezifische RLV/QZV dar.

- (4) Wird nach erfolgter Einigung mit der Krankenkasse über die Datenlieferung ein von dem bei der RLV/QZV-Berechnung verwendeten Bereinigungsvolumen abweichender Bereinigungsbetrag festgestellt, so ist die Differenz je Versorgungsbereich im nächst erreichbaren Quartal zu verrechnen.

E) Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

- (1) Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.
- (2) Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

Das sich je Krankenkasse und Quartal ergebende Bereinigungsvolumen wird entsprechend den an der Selektivversorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie den bereinigten Leistungen aus den Vergütungsvolumina (laboratoriumsmedizinische Leistungen, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Haus- bzw. Fachärztlicher Versorgungsbereich) und / oder Untervolumina (Genetisches Labor, PFG) entnommen. Die Verteilung auf die Vergütungsvolumina und Untervolumina erfolgt unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage.

4. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen Teilnahme von Ärzten an Verträgen nach §§ 63 ff. und 140a Abs. 6 ff. SGB V SGB V mit ex ante-Einschreibung

Sobald Verträge nach §§ 63 oder 73c bzw. 140a ff. SGB V mit ex ante-Einschreibung der Versicherten zur Bereinigung angemeldet werden, wird diese Anlage entsprechend ergänzt.

5. Rückstellungen

Für alle in der Anlage genannten Bereinigungsverfahren gilt, dass bei verspäteten Datenlieferungen Rückstellungen in den genannten Versorgungsbereichen gebildet werden können.

Anlage 7

Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

1. Aufteilung der versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumina auf die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina der Anlage 2a bis 2c

$$VV_{VGR} = \frac{LB_{VGR}}{LB_{VB}} \times VV_{VB}^{RLV}$$

VV_{VGR} : vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

LB_{VGR} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten 2008 für RLV-/QZV-relevante Leistungen bzw. besonders förderungswürdige Leistungen einer Vergleichsgruppe

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten 2008 für RLV-/QZV-relevante Leistungen bzw. besonders förderungswürdige Leistungen in den Vergleichsgruppen des Versorgungsbereichs.

VV_{VB}^{RLV} : versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Dabei werden die Anpassungsfaktoren nach Punkt 3 berücksichtigt.

2. Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina auf die vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche
Grundlage bildet der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals.

$$RLV_{VGR} = \frac{LB_{VGR}^{RLV}}{LB_{VGR}} \times VV_{VGR}$$

$$QZV_{VGR}^{1-n} = \frac{LB_{VGR}^{QZV_{1-n}}}{LB_{VGR}} \times VV_{VGR}$$

$$FWL_{VGR}^{1-n} = \frac{LB_{VGR}^{FWL_{1-n}}}{LB_{VGR}} \times VV_{VGR}$$

RLV_{VGR} : Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb RLV

QZV_{VGR}^{1-n} : Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb QZV gemäß Anlage 1

FWL_{VGR}^{1-n} : Budget für die Vergütung von besonders förderungswürdigen Leistungen gemäß § 5 Abs. 3

LB_{VGR} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten für RLV-/QZV-relevante Leistungen bzw. besonders förderungswürdige Leistungen einer Vergleichsgruppe.

LB_{VGR}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter RLV-relevanter Leistungsbedarf in Punkten einer Vergleichsgruppe.

$LB_{VGR}^{QZV_{1-n}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter QZV-relevanter Leistungsbedarf in Punkten für QZV gemäß Anlage 1 einer Vergleichsgruppe.

$LB_{VGR}^{FWL_{1-n}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten für besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 5 Abs. 3 einer Vergleichsgruppe.

VV_{VGR} : vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Dabei werden die Anpassungsfaktoren gemäß Punkt 3 berücksichtigt.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird das RLV_{VGR} nach den in Anlage 4 definierten Altersklassen gebildet.

3. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt (GOP EBM)	Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a	Anpassungsfaktor
1. Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354 EBM) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	004, 005	1,0298
2. Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3 EBM)	012	1,1198
3. Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	026, 028, 035	1,2425
4. Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215 EBM)	028	1,1594
5. Ausgliederung einer Gesprächsleistung	030	1,0470
6. Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3 EBM)	034	1,1243
7. Bereinigung von Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	009	0,9974
	010	0,9761
	013	0,9801
	018	0,9985
	027	0,9327
	047	0,9686
8. Berücksichtigung von Zuführungen für Leistungen zu Probeextensionen aus regionalen Vereinbarungen und deren Einführung im EBM.	013	1,0257
9. Anhebung der Bewertung der Leistungen der Akupunktur (Abschnitt 30.7.3 EBM)		1,1733
10. Steigerung der Bewertung der Leistung der MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7 EBM)		1,1706
11. Anhebung der Bewertung der Leistung der Polysomnografie (GOP 30901 EBM)		1,2063
12. Anhebung der Bewertung der Leistungen der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1 EBM)		1,3223
13. Bewertung der GOP 38100 vormals GOP 40240		1,4902
14. Bewertung der GOP 38105 vormals GOP 40260		1,5000
15. Anhebung der Bewertung der GOP 34291 EBM		1,0293

Es erfolgt eine Weiterentwicklung des Leistungsbedarfes 2008 auf Grundlage der EBM-Anpassungen bzw. der genannten Anpassungsfaktoren.

4. Berücksichtigung des überdurchschnittlichen Verfalls von QZV-Fallwerten im fachärztlichen Versorgungsbereich mit einem Wert von über 50 EUR.

Bei QZV, deren Fallwert über 50 EUR liegt, werden die im QZV erbrachten Leistungen (ohne Zuschläge) mit dem geringsten EBM-Wert ermittelt und dieser EBM-Wert mit dem jeweiligen QZV-Fallwert der Basis (1. bis 3. Quartal des Vorjahres) verglichen. Liegt der EBM-Wert über dem QZV-Fallwert wird die Summe der Häufigkeiten dieser Leistungen mit der Gesamtfallzahl des jeweiligen QZV verglichen. Übersteigt die Summe der Häufigkeiten die Fallzahl des jeweiligen QZV wird dieser übersteigenden Anteil prozentual auf den QZV-Fallwert aufgeschlagen und eine rechnerische Budgetanpassung ermittelt.

Die Berechnung erfolgt auf der Basis des 1. bis 3. Quartals des Vorjahres. Die Regelung gilt bis einschließlich dem 3. Quartal. Zum darauf folgenden Quartal wird die Regelung überprüft und der Basiszeitraum angepasst.

Die erforderlichen Finanzmittel werden im fachärztlichen Grundbetrag zurückgestellt und auf die entsprechenden QZV-Volumina in den betroffenen Vergleichsgruppen verteilt.

Anlage 8

nicht besetzt

Anlage 9

Vergütung der Laborleistungen und -kosten

1. Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach Nr. 2. bis 6. erfolgt – in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E – aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 1.2, Teil B der Vorgabe der KBV ergibt. Differenzen zwischen dem voraussichtlichen Saldo des Fremdkassenausgleichsverfahrens und dem tatsächlichen Saldo werden in Folgequartalen ausgeglichen.

2. Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die GOP 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der SGO nach EBM-Abstaffelung vergütet.

3. Vergütung von Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der SGO multipliziert mit dem Anpassungsfaktor aus den KBV-Vorgaben Punkt 1.1.2 Teil E in Höhe von 1,4458 vergütet.

4. Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM werden zum Preis der SGO vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden unter Berücksichtigung der Regelung unter 5. mit den Preisen der SGO multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 1.1.4 vergütet (mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946 EBM). Für Abschnitt 32.2 EBM ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

5. Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“

Bei Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, welche der Vergleichsgruppe 210 angehören, sind (zusammengefasst „Nicht-Laborärzte“ genannt), unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung (mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946 EBM). Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung der Anwendung der Abstaffelungsquote Q zu vergüten.

Die Höhe des praxisbezogenen Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Fachgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis. Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Kapitels 32.3 EBM verfügen sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht.

Referenz-Fallwert gemäß Beschluss für die Ermittlung des Budgets für Fachgruppen:

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie	40 EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie	40 EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie	40 EUR
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	40 EUR
Fachärzte für Nuklearmedizin, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie	21 EUR
Alle übrigen Fachgruppen	4 EUR

Kinderärzte, die fachärztlich tätig sind, erhalten, sofern deren (Versorgungs-) Schwerpunkt in der o. g. Tabelle enthalten ist, den dort festgelegten Referenzfallwert.

Einzeln für Abschnitt 32.3 EBM ermächtigte Ärzte erhalten gemäß ihrer Fachgruppenzugehörigkeit die definierten Referenzfallwerte.

Laborleistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und im Notfall unterliegen den getroffenen Regelungen (insbesondere den Abstufungen). Betroffen hiervon sind insbesondere die Notfallambulanzen an Krankenhäusern. Krankenhäuser mit ihren Notfallambulanzen werden der Gruppe „alle übrigen Fachgruppen“ zugeordnet.

Die Referenzfallwerte werden bei der Budgetbildung mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q multipliziert.

- 5.1 Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind sowie Laborärzte und Ärzte, die der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 EUR berücksichtigt.
- 5.2 Im Übrigen kann das Budget unter Nr. 5 auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antragsteller die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

Anlage 10

Katalog der nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V besonders förderungswürdigen Leistungen

Auf Grundlage gesamtvertraglicher Regelungen wird folgender Katalog von besonders förderungswürdigen Leistungen festgesetzt und zusätzlich vergütet. Ausgenommen von der zusätzlichen Vergütung sind Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung. Die Honorierung der Punktwertzuschläge und Auszahlungsquoten erfolgt aus gesamtvertraglich vereinbarten Fördermitteln aus der entsprechenden Gesamtvergütungsvereinbarung unter Beachtung der gesamtvertraglichen Regelungen und gilt nur im Zusammenhang mit entsprechenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen.

Folgende Leistungen werden entsprechend der MGV-Vereinbarung gefördert:

1. ESWL (GOP 26330 EBM),
2. Polysomnographie (30901 EBM),
3. Humangenetik (GOP 01837 EBM),
4. Hörgeräteversorgung Kinder (GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM),
5. Spez. Immuntherapie (GOP 30130 und 30131 EBM),
6. Kinderpneumologie (GOP 04530, 04532, 04534, 04535 und 04536 EBM),
7. Betreuung von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems (GOP 04433, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21232 und 21233 EBM),
8. Phlebologie (GOP 30500 und 30501 EBM),
9. Proktologie (GOP 03331, 04331, 08333, 08334, 13257, 13260, 30600, 30601, 30610 und 30611 EBM),
10. Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening (GOP 19312H und 19315 EBM),
11. Narkosen (GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371 und 05372 EBM). Ausgenommen sind die nach SGO vergüteten Leistungen gem. § 4 Abs. 5c.
12. Hausärztliche geriatrische Versorgung des Abschnitts 3.2.4 des EBM
13. Sozialpädiatrische Versorgung des Abschnitts 4.2.4 des EBM (außer GOP 04356 EBM) und
14. unter Vorbehalt einer gesamtvertraglichen Vereinbarung: Kardiologische Leistungen GOP 13571, 13573, 13574, 13575 EBM und 13576 sowie die kinderkardiologischen Leistungen GOP 04411, 04413, 04414, 04415, 04416 EBM.

Für den Katalog wird ein Punktwertzuschlag in Höhe von 1,2 Cent auf die vergüteten Leistungen festgelegt.

Im Falle der außerbudgetären Vergütung der genannten Leistungen entfällt die Förderung der entsprechenden Leistungen.