

Gesamtvergütung und Honorarverteilungsmaßstab 2010

Vereinbarung

**zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen
und der sächsischen Gebührenordnung (SGO),**

zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen,

**zur Festlegung des kassenspezifischen
Behandlungsbedarfs,**

zur Festlegung der Honorarverteilung

mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010

sowie

der Belegarztvereinbarung

mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2010

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN



Kurzinformation über die Gesamtvergütungsvereinbarung, den HVM und der Belegarztvereinbarung des Jahres 2010

A Gesamtvergütungsvereinbarung und HVM

Die vorliegende Veröffentlichung umfasst die Gesamtvergütungsvereinbarung 2010 (Teile 1 bis 3 und 6) sowie den HVM (Teil 5) des Jahres 2010. Die nachfolgend erläuterten Änderungen im Vergleich zu den Regelungen im 2. Halbjahr 2009 fallen marginal aus.

1. Teil 2 § 1 – Regelpunktwert

Der Regelpunktwert – der einerseits zur Berechnung der Gesamtvergütungen und andererseits zur Erstellung der sächsischen Gebührenordnung auf Basis des EBM dient – erhöht sich leicht von 3, 5001 Cent auf 3,5048 Cent.

2. Teil 2 § 2 – Sächsische Gebührenordnung

Durch den leicht veränderten Regelpunktwert ändern sich die Gebührensätze der Sächsischen Gebührenordnung maximal im einstelligen Cent-Bereich. Aus diesem Grund – und weil mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2010 umfangreiche EBM-Änderungen angekündigt wurden – wurde die Gebührenordnung 2010 zunächst lediglich bis 31. Dezember 2009 auf der Homepage der KV Sachsen veröffentlicht. Nach Bekanntwerden der Änderungen ab dem 3. Quartal 2010 wird der Druck einer Papierfassung beabsichtigt.

3. Teil 2 § 3 Abs. 1 – Honorierung des Mammographie-Screenings

Die Honorierung des Mammographie-Screenings wurde an den neuen Regelpunktwert angepasst.

4. Teil 3 Anlage 1 – Katalog außerbudgetär und außerhalb der RLV zu honorierenden Leistungen

Der Katalog der außerbudgetär und außerhalb der RLV zu honorierenden Leistungen wurde um die im Laufe des 2. Halbjahres 2009 neu in den EBM aufgenommen Leistungspositionen wie folgt ergänzt:

- Honorierung der Leistungen der GOP 13622 (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung) sowie dazugehörige Sachkosten, entsprechend der bereits bestehenden Sachkostenvereinbarung
- Honorierung der Leistungen der GOP 40865 bis 40868 (Anträge und Beurteilungen zur besonderen Arzneimitteltherapie zur Behandlung der pulmonal-arteriellen Hypertonie)
- Honorierung der Leistungen der GOP 88740 (Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 mittels Amplifikationsverfahrens (PCR) und der GOP 88741 (Influenza-Schnelltest bei Verdacht auf Vorliegen einer Influenza A1/H1N1)
- Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM.
- Kostenpauschale nach § 6 Abs. 2 i.V.m. Anlage 2 der bundesweiten Sozialpsychiatrievereinbarung

(letztere Leistungsposition wurde der Vollständigkeit wegen aufgenommen)

5. Teil 3 Anlage 2a bis 2c – Wegepauschalen

Die außerbudgetäre Honorierungssystematik der Wegepauschalen wird beibehalten.

6. Teil 3 Anlage 3 und 3a – Behandlungsaufwand im Zusammenhang mit der „Schweinegrippe“

Diese Anlage enthält die Regelungen zu dem wegen „nicht vorhersehbarer Morbidität“ außerbudgetär zu honorierenden Behandlungsaufwand im Hinblick auf die „Schweinegrippe“ (A/H1N1). Die Vertragspartner haben in Anlage 3a einen – nicht abschließenden – Katalog von Leistungen vereinbart, die in der Regel bei der Behandlung der Schweinegrippe erbracht werden.

Der betreffende Behandlungsaufwand kann jedoch erst nach Ablauf des Jahres 2010 festgestellt werden.

7. Teil 5 – Honorarverteilung

Wesentliche Änderungen der Honorarverteilung erfolgen zunächst nicht. Allerdings sind ab dem 3. Quartal 2010 umfangreiche EBM-Änderungen angekündigt, die voraussichtlich auch Auswirkungen auf die Honorarverteilung haben werden.

8. Teil 6 – Zuschläge zum Regelpunktwert in unterversorgten Zulassungsbereichen

Ab dem Jahr 2010 haben die Krankenkassen in Zulassungsbereichen mit festgestellter Unterversorgung grundsätzlich einen Zuschlag zum Regelpunktwert zu honorieren. Solche existieren in Sachsen derzeit nicht bzw. sind für das Jahr 2010 nicht zu erwarten. Daher wurden diese von den Vertragspartnern nicht explizit vereinbart. Sollte die Problematik wider Erwarten im Jahr 2010 eintreten, werden die Vertragspartner zeitnah entsprechende Regelungen vereinbaren.

B Belegarztvereinbarung 2010

Seit 1. Januar 2010 gilt die neue Belegarztvereinbarung, welche den Vertrag aus dem Jahr 2009 ersetzt. Grund für die Neufassung der Vereinbarung sind die Neukalkulationen für bestimmte Leistungen sowie die Aufnahme weiterer Abrechnungsnummern. Eine bessere Vergütung konnte insbesondere für den Bereich der Geburtshilfe, der kardiologischen, angiologischen sowie der urologischen Leitungen erreicht werden.

Vereinbarung
zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und
der sächsischen Gebührenordnung (SGO)
zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen
zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs
zur Honorarverteilung
zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Rolf Steinbronn

zugleich handelnd für

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
im Freistaat Sachsen

dem BKK Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

der IKK Sachsen

vertreten durch den Vorstand
Herrn Gerd Ludwig

der Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH-Allianz (Ersatzkasse)

Gmünder ErsatzKasse – GEK

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Hamburg-Münchener Krankenkasse

hkk

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

(LVSK)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)
mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010



Inhaltsverzeichnis		Seite
A	Gesamtvergütungsvereinbarung und HVM	5
Teil 1	Allgemeine Grundsätze	9
Teil 2	Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)	10
Teil 3	Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen	11
	Anlage 1	
	Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen	16
	Anlage 2a	
	Wegepauschalen	18
	Anlage 2b	
	Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags	19
	Anlage 2c	
	Kennzeichnung der Fahrdienste	20
	Anlagen 3, 3a	
	Regelungen zur Neuen Influenza A/H1N1	20
Teil 4	Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs (nicht abgedruckt)	
Teil 5	Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen	25
	Anlage 1	
	Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten	39
	Anlage 2a	
	Ärzte mit RLV	40
	Anlage 2b	
	Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen	42
	Anlage 2c	
	Ärzte ohne RLV	42
	Anlage 3	
	Grundsätze zur Anpassung der RLV	42
	Anlage 4	
	Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)	43
	Anlage 5	
	Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit	47
	Anlage 6	
	Datenlieferungen	47
	Anlage 7	
	Fallzahlclusterung und Sonderfälle bei der Ermittlung des Fallwertes	61

Teil 6	Vereinbarung zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden	62
B	Belegarztvereinbarung 2010	63

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

§ 1

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

- (2) Werden gesetzliche Regelungen eingeführt, die dieser Vereinbarung insgesamt konträr gegenüberstehen, sind vor Ablauf des Vereinbarungszeitraumes Neuverhandlungen durch die Vertragspartner aufzunehmen.
- (3) Vor Neuaufnahme der Vertragsverhandlungen ist von den Vertragspartnern einvernehmlich festzustellen, ob die Neuverhandlungen im Sinne des Abs. 1 oder des Abs. 2 zu führen sind.

§ 2

Beschluss zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses bzw. des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 ff SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 vom 2. September 2009 und dessen Folgebeschluss vom 22. September 2009 einschließlich evtl. Folgebeschlüsse werden im Folgenden als Beschluss bezeichnet.

§ 3

Abweichende Regelung für die Knappschaft

Die Knappschaft und die KBV schließen auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 83 Satz 1 SGB V sowie § 87a Abs. 3 SGB V einen Gesamtvertrag ab dem 1. Januar 2010, in dessen Rahmen die KBV die Abrechnung der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Knappschaft vereinbarten und zu zahlenden Gesamtvergütung durchführt. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV/Knappschaft Vorrang haben.

§ 4

Unterschriftenregelung

Die Teile 1, 2, 3, 5 und 6 werden von den Vertragspartnern gemeinsam unterzeichnet. Der Teil 4 wird bilateral zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen sowie für die Ersatzkassen durch den vdek als Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis vereinbart und unterzeichnet.

§ 5

Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt für das Jahr 2010.

Teil 2

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

§ 1

Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen

- (1) Der regionale Punktwert in Sachsen wird gemäß § 87a Abs. 2 SGB V in Höhe des durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

Er beträgt 3,5048 Cent.

- (2) Der Punktwert im Regelfall ist der regionale Punktwert gemäß Abs. 1.

§ 2

Sächsische Gebührenordnung (SGO)

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

Der Preis der Leistungen in der sächsischen Gebührenordnung (SGO) ergibt sich gemäß § 87a Abs. 2 SGB V aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem gültigen EBM multipliziert mit dem regionalen Punktwert im Regelfall gemäß § 1 Abs. 2. Die Preise sind kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen zu runden.

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

§ 3

Abweichende Bewertung von Leistungen

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

- (1) Abweichend von § 1 Abs. 1 und Abs. 2 der Anlage 1 der Vereinbarung zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in Sachsen werden für die Leistungen des Mammographie-Screenings im Zeitraum vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010 die nachfolgend festgelegten Zu- und Abschläge zum regionalen Punktwert vereinbart, damit das Vergütungsniveau gemäß vorliegender Vereinbarung beibehalten wird:

	<u>01750 bis 01758</u>	<u>01759</u>
§ 1 Abs. 1:	+ 0,2108 Cent	+ 0,6755 Cent
§ 1 Abs. 2 Mammographie-Vereinbarung		
Auslastung größer gleich 70%	- 0,0647 Cent	+ 0,3655 Cent
Auslastung kleiner 70% größer gleich 55%	+ 0,0321 Cent	+ 0,4744 Cent
Auslastung kleiner 55% größer gleich 40%	+ 0,1437 Cent	+ 0,6001 Cent
Auslastung kleiner 40%	+ 0,2108 Cent	+ 0,6755 Cent

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

erfolgt durch eine allgemeine Anmerkung, dass die betreffenden Leistungen mit 10,00% verminderten Preisen vergütet werden.

- (3) Bezüglich der Umsetzung von Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 02.09.2009 in der Gesamtvergütungsvereinbarung 2010 wird folgendes vereinbart: Da o. g. Teil C von der Kassenseite auf Bundesebene beklagt wurde, wird vereinbart, nach einem rechtskräftigen Urteil zu dieser Klage, zeitnah Verhandlungen zur Umsetzung des Teils C Punkt 3.1 mit Wirkung für das gesamte Jahr 2010 aufzunehmen.

§ 4

Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM

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

§ 5

Organisatorische Regelungen

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

Teil 3

Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

Präambel

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird im Jahr 2010 gemäß § 87a Abs. 3 i. V. m. § 87c Abs. 4 SGB V und gemäß Beschlussteil B des in Teil 1 § 2 des Vertrages genannten Beschlusses berechnet.

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

§ 1

Grundsätze

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

§ 2

Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Datenbasis für die Ermittlung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs ist die Satzart ARZTRG87aMGVBB, in der Lieferung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) vom 17.09.2009. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gemäß des Beschlusses aus der 154. Sitzung des Bewertungsausschusses, Teil B Punkt IV., für das Jahr 2008, aus der 169. Sitzung des Bewertungsausschusses für das Jahr 2009 sowie aus der 199. Sitzung des Bewertungsausschusses für das Jahr 2010 zu übermittelnden Versicherungszahlen genutzt.
- (2) Im Falle von fehlerhaften Daten verständigt sich die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband bilateral mit der KV Sachsen. Die kassenspezifische Feststellung des Behandlungsbedarfs erfolgt in Teil 4 der Vereinbarung. Für die Berechnung gilt der Grundsatz nach Absatz 4.
- (3) Sofern nach § 4 dieser Vereinbarung Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, die lt. Datensatz-, Schnittstellen- bzw. Dateninhaltsbeschreibung der Satzart ARZTRG87c4MGV des InBA innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ausgewiesen sind, sind die darauf entfallenden Teil-Behandlungsbedarfe zu bereinigen. Für die Berechnung gilt der Grundsatz nach Absatz 4.
- (4) Sofern für Fehlerkorrekturen nach Absatz 2 oder Bereinigungen nach Absatz 3 auf IST-Leistungsbedarfe (z. B. nach Formblatt 3) abgestellt wird, sind aus diesen Leistungsbedarfen, bei in Euro bewerteten Leistungen umgerechnet in Punkte mit dem regionalen Punktwert nach Teil 2 § 1 Abs. 1, die Behandlungsbedarfe hochzurechnen. Die Hochrechnung erfolgt nach folgender Formel:

Behandlungsbedarf = Leistungsbedarf 2008 x 0,9119 x 1,0510 x 1,016616 x 1,003357

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

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

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

und

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

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

- (6) Die Behandlungsbedarfe nach Absatz 1 Satz 1 sind um alle im Jahr 2008 erbrachten belegärztlichen (kurativ-stationäre) Leistungen zu bereinigen, die nicht unter den Beschluss Teil B Punkt 1.3 Satz 3 fallen. Für die Umsetzung gelten die Absätze 3 und 4. Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband verständigt sich bilateral mit der KV Sachsen zur individuellen Datenbasis.

- (7) Unter analoger Anwendung des § 4 der 1. Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in Sachsen ist die Datenbasis nach Absatz 1 Satz 1 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt auf Basis von 10 v.H. der nachgewiesenen Leistungsbedarfe des Jahres 2008 für bereichseigene Ärzte, GOP 34270 EBM. Die jeweilige Krankenkasse bzw. deren Landesverband verständigt sich bilateral mit der KV Sachsen zur individuellen Datenbasis. Von den im I. Quartal 2008 zu ermittelnden Leistungsbedarfen sind zur Berücksichtigung des Starts der sächsischen Mammographie-Screening-Einheiten folgende Quoten zu bilden:

Quartal I./2008 100 v. H. ab 21.02.2008 alle Einheiten aktiv

Die Leistungsbedarfe sind gemäß Absatz 4 in Behandlungsbedarfe hochzurechnen.

- (8) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (9) Für Krankenkassen (ohne Fusionen), für welche im Jahre 2008 mehrere Vertragskassennummern (VKNR) existieren, gelten Besonderheiten, da nach der Datensatzbeschreibung für die Satzart ANZVER87c4 nur die Gesamt-Versichertenanzahl für das Haupt-Institutionskennzeichen zu liefern war. Die Behandlungsbedarfe je VKNR werden für diese Krankenkassen zusammengeführt. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (10) Zusätzlich werden mit den Krankenkassen in Teil 4 abzustimmende Anpassungen des Behandlungsbedarfs berücksichtigt.
- (11) Der ermittelte Behandlungsbedarf je Krankenkasse und Quartal nach Fehlerkorrekturen, Bereinigungen und Anpassungen nach dem Absatz 10 wird durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im KV-Bereich 98 im jeweiligen Quartal des Jahres 2008 gemäß Satzart ANZVER87c4 dividiert, um den für das Jahr 2010 zu Grunde zu legenden Behandlungsbedarf je Versicherten und Quartal zu ermitteln. Das Ergebnis ist kaufmännisch auf 4 Nachkommastellen zu runden.
- (12) Nach Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der Vereinbarung von Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V passen die Vertragspartner die Berechnung des für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung maßgeblichen Behandlungsbedarfes 2010 und der jeweils betroffenen RLV nach den Vorgaben des geltenden Beschlusses an.
- (13) Diese Behandlungsbedarfe werden zur Ermittlung der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit der Zahl der Versicherten des Quartals III/2009 des KV-Bereichs 98 der jeweiligen Krankenkasse multipliziert.
- (14) Die nach Absatz 13 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe werden ohne Rundung jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 1 multipliziert und ergeben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal, die auf 2 Stellen nach dem Komma kaufmännisch zu runden ist.

§ 3 **Festsetzung der nicht vorhersehbaren morbiditybedingten Gesamtvergütung des Jahres 2010**

- (1) Zahlungen zur Begleichung von nicht vorhersehbarer Morbidity sind einmalig und nicht basiswirksam.
- (2) Die Modalitäten der Umsetzung der Punkte 2.1 bis 2.3 des Beschlusses Teil E stimmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen in Sachsen gemeinsam und einheitlich entsprechend vorliegender Bundesvorgaben mit der KV Sachsen ab.

Die sich daraus ergebende Höhe der nicht vorhersehbaren morbiditybedingten Gesamtvergütung wird zwischen der Krankenkasse und der KV Sachsen in Teil 4 vereinbart. Die Zahlung kann frühestens nach Feststellung des unvorhergesehenen Morbidityanstiegs erfolgen.
- (3) Die Feststellung eines Ereignisses gemäß Teil E Punkt 2.2.1 1. Ordnungspunkt obliegt den nach dem Sächs. Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKKG) zuständigen Behörden. Ärztliche Leistungen aufgrund von Ausnahmeeignissen gemäß Teil E Punkt 2.2.1 des Beschlusses sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen. Die Leistungen sind über eine Pseudo-Ziffer zu kennzeichnen. Sofern keine bundesweite Kennzeichnung gilt, vereinbaren die KV Sachsen und die LVSK zeitnah eine regional anzuwendende Kennzeichnung. Die Vergütung der gekennzeichneten Leistungen erfolgt nach Rechnungslegung durch die KV Sachsen analog den in § 7 vereinbarten Zahlungsfristen.
- (4) Abweichende Regelungen hinsichtlich der im Rahmen der Behandlung erforderlichen ärztlichen Leistungen bei nachgewiesener Virusinfektion A/H1N1 werden in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung festgelegt.

§ 4 **Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung**

Die Leistungen gemäß Anlage 1 und 2a (Wegepauschalen) werden im Jahr 2010 außerhalb der vorhersehbaren morbiditybedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet.

§ 4a **Bereinigung der morbiditybedingten Gesamtvergütung aufgrund der Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung**

Aufgrund des Versorgungsengpasses mit Radionukliden werden vorübergehend PET-Untersuchungen mit radioaktiven Fluorverbindungen als Substitut für derzeit nicht durchführbare Knochenszintigraphien angewendet. Die Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses regelt hierzu, dass die Häufigkeiten der als Substitut angewandten PET-Untersuchung für die Dauer des vorübergehenden Versorgungsengpasses ermittelt werden, sofern diese Ersatzregelung durch den Bewertungsausschuss fortgeführt wird. Auf der Grundlage der ermittelten Häufigkeiten und dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen wird der Bereini-

gungsbetrag für Knochenszintigraphien ermittelt und jeder Krankenkasse bei der Restzahlung eines Abrechnungsquartals als Gutschrift gebucht.

§ 5 Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ)

Im Falle der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen von der KV Sachsen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die Preise nach Satz 1 von den im Bereich der KV Sachsen vereinbarten Preisen ab, werden die Differenzen im Rahmen der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen verrechnet. Der Nachweis der der Verrechnung zugrunde liegenden Leistungen erfolgt gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie. Die Vergütung dieser Leistungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung richtet sich nach dieser Vereinbarung.

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

§ 6 Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V sind gemäß den Vergütungsgrundsätzen des Kassenarztrechts auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 2 anzurechnen, soweit der betroffene Versicherte nicht bereits im gesamten Kalenderjahr 2008 das Kostenerstattungsverfahren gewählt hat. Abweichende kassenspezifische Regelungen können in Teil 4 der Vereinbarung getroffen werden.

§ 7 Abschlags- und Restzahlungen

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

§ 8 Rechnungsabschluss 2010

Die nach Abschluss des Jahres 2010 nicht ausgeschöpften Behandlungsbedarfe je Krankenkasse in Punkten werden, multipliziert mit dem regionalen Punktwert, gesondert je Krankenkasse ausgewiesen und kassenartenspezifischen Fonds zugeführt.

Über diese zum Jahresabschluss 2010 verfügbaren Mittel nach Satz 1 treffen die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine einvernehmliche Regelung nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschuss und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner, die bei Nichteinigung auf Antrag durch das Landesschiedsamt festgesetzt wird.

§ 9 Sonstige Festlegungen

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

Anlage 1 zu Teil 3

Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen

Im Jahr 2010 werden außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet:

1. Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
2. regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die EBM-Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe (EBM-Gebührenordnungsposition 08410 bis 08416) sowie die weiteren enthaltenen Leistungen in der regionalen Belegarztvereinbarung Sachsen. Die in der Belegarztvereinbarung geregelten Leistungen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sofern die Belegarztvereinbarung Regelungen enthält, die von den Regelungen des vorliegenden Vertrags abweichen, sind sich die KV Sachsen und die LVSK einig, dass die Regelungen der Belegarztvereinbarung Vorrang haben.
4. Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die EBM-Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM, darunter die Leistungen des Mammographie-screenings außerhalb der genannten Abschnitte (Kap. 40.16 EBM) sowie die GOP 32880 bis 32882 (sofern die Veröffentlichung der EBM-Änderung und des Beschlusses erfolgte),
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a (GOP 01723 EBM)
7. Hautkrebscreening (GOP 01745 und 01746 EBM)
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM)
9. Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841 EBM)
10. Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735, 40680 EBM)
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung (Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 08230, 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X des EBM)

Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Sachsen im Formblatt 3 mit einem X gekennzeichnet und mit einem Anteil in Höhe von 50 % der EBM-Bewertung ausgewiesen. Von der Kennzeichnung und dem Abschlag ausgenommen sind die Leistungen nach den GOP 08520 und 08521 sowie 08230 EBM.

12. Substitutionsbehandlung (GOP 01950 bis 01952 EBM)
13. PET-Untersuchung mit 18-Fluorid (GOP 88738), sofern die Voraussetzungen zur Leistungserbringung gemäß den Durchführungsempfehlungen des Bewertungsausschusses vorliegen. Sollte eine weitere Durchführungsempfehlung gem. Satz 1 vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2010 veröffentlicht werden, gilt der zusätzliche Wirkungszeitraum als mitvereinbart.
14. ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872 EBM)
15. Erstattung des besonderen Aufwandes bei der Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 40860 und 40862 EBM)
16. Honorierung der Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Kap. 30.10 EBM (GOP's 30920, 30922 und 30924)
17. Honorierung der Leistungen der GOP 13622 (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung) sowie dazugehörige Sachkosten, entsprechend der bereits bestehenden Sachkostenvereinbarung
18. Honorierung der Leistungen der GOP 40865 bis 40868 (Anträge und Beurteilungen zur besonderen Arzneimitteltherapie zur Behandlung der pulmonal-arteriellen Hypertonie)
19. Honorierung der Leistungen der GOP 88740 (Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 mittels Amplifikationsverfahrens (PCR) und der GOP 88741 (Influenza-Schnelltest bei Verdacht auf Vorliegen einer Influenza A1/H1N1)
20. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renatalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM.
21. Kostenpauschale nach § 6 Abs. 2 i.V.m. Anlage 2 der bundesweiten Sozialpsychiatrievereinbarung.

Anlage 2a zur Teil 3

Wegepauschalen

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

Abk.: T Fahrten zwischen 07.00 und 19.00 Uhr
N Fahrten zwischen 19.00 und 07.00 Uhr
Org. BD Organisierter Bereitschaftsdienst

Die Pseudo-GOP's 93220 bis 93237 sind bei Nutzung eines von der KV Sachsen organisierten zentralen Fahrdienstes mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Anlage 2c zu kennzeichnen. Die GOP 93250 und 93251 werden von der KV Sachsen automatisch zugewiesen.

Bei Nutzung eines von Ärzten organisierten und von der KV Sachsen genehmigten Fahrdienstes ist nur die Pseudo-GOP 93251 mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Anlage 2c zu kennzeichnen. Die Pseudo-GOP's 93220 bis 93237 sind ohne Buchstabenkennung abrechenbar. Die GOP 93250 wird von der KV Sachsen automatisch zugewiesen.

Anlage 2b zu Teil 3

Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags

„Fahrdienst im Bereitschaftsdienst“ (GOP 93251) der von der KV Sachsen organisierten oder von der KV Sachsen anerkannten Fahrdienste im Bereitschaftsdienst

1. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von KV Sachsen-organisierten Fahrdiensten vergütet. Der Zuschlag wird durch das Abrechnungssystem der KV Sachsen zugewiesen.
2. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von arztorganisierten und von der KV Sachsen anerkannten Fahrdiensten längstens bis zum 31. Dezember 2010 vergütet. Die Aufnahme von weiteren Fahrdiensten wird zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich abgestimmt.
3. Die Vergütung durch die KV Sachsen bedarf folgender Voraussetzungen:
 - a) Die Anerkennung von arztorganisierten Fahrdiensten setzt voraus, dass für eine Gruppe von Ärzten in ein oder mehreren Bereitschaftsdienstbereichen ein Dritter aufgrund schriftlicher vertraglicher Regelungen mit wechselseitigen Rechten und Pflichten die Besuche von Vertragsärzten im Bereitschaftsdienst anstelle der eigenverantwortlicher Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel fahrzeug- bzw. fahrerseitig absichert. Der Aufwand für diese Absicherung geht über den Aufwand bei eigenverantwortlicher Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel hinaus.
 - b) Der unter Punkt a) genannte Vertrag ist vorzulegen. Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der zuschlagsberechtigten Fahrt in Kraft sein, andernfalls sind Rückforderungen zu erheben.
 - c) Erklärung von mindestens fünf Ärzten, Fahrdienste des unter Punkt a) genannten Vertrages in Anspruch nehmen zu wollen.
 - d) Erteilung einer besonderen Genehmigung für Ärzte, die Fahrdienste aus dem Vertrag in Anspruch nehmen wollen, auf Antrag.
 - e) Angabe der von der KV Sachsen festgelegten Zusatzkennzeichnung bei Abrechnung der GOP 93251 durch den Fahrdienst inanspruchnehmenden Arzt.
 - f) Änderungen oder Beendigung des unter Punkt a) genannten Vertrages bzw. die Beendigung der Teilnahme an dem unter Punkt a) genannten Vertrag sind der KV Sachsen unverzüglich anzuzeigen. Unberechtigt geleistete Vergütungen können zurückgefordert werden.
 - g) Abweichende Verfahrensweisen bedürfen eines Beschlusses des Vorstandes der KV Sachsen.

Anlage 2c zu Teil 3

Kennzeichnung der Fahrdienste

Von KV Sachsen organisierte zentrale Fahrdienste:

- A Stadt Leipzig
- B Dresden-Freital-Radebeul
- C Pirna
- D Dippoldiswalde
- E Stadt Chemnitz

Von Ärzten organisierte und von KV Sachsen genehmigte Fahrdienste:

- Z Zittau
- Y Neugersdorf/Ebersbach/Seifhennersdorf
- X (nicht besetzt)
- W Roßwein
- V Wurzen
- U Stadt Zwickau
- T DRK-Sozialdienst Zwickau
- S Quellmalz Zwickau
- R Ahland Glauchau
- Q Trans + Medic GmbH
- P Epler-Taxi Zwickau
- O ASB Zwickau
- N KV-übergreifender Fahrdienst Rettungsambulanz Greiz GmbH
- M Emergency Zwickau

Für weitere Fahrdienste wird eine Genehmigung nur unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Krankenkassen erteilt.

Anlage 3 zu Teil 3

Regelungen zur Neuen Influenza A/H1N1

1. Die entsprechenden Einzelleistungen sowie die entsprechende Sitzung sind auf dem jeweiligen Behandlungsschein mit der Pseudo-Ziffer 88200 durch den Arzt zu kennzeichnen.
2. Die Kennzeichnung wird innerhalb der sachlich-rechnerischen Prüfung von der KV Sachsen unter Beachtung der entsprechenden Diagnose J09G (nach positivem PCR-Test) geprüft. Die sachlich-rechnerische Prüfung erfolgt auf der Grundlage eines im Einzelfall erweiterbaren Kataloges (Anlage 3a), der Leistungen enthält, die im Zusammenhang mit der Infektion mit dem A/H1N1-Virus erbracht werden.

Der Nachweis innerhalb der Formblätter 3 erfolgt GOP-bezogen (Ebene 6) und mit Budgetkennung. Der Versichertenbezug je GOP erfolgt über den Einzelfallnachweis durch Kennzeichnung der Datensätze mit der Pseudonummer 88200.

Anlage 3a zu Teil 3

Leistungskatalog Neue Grippe

Mögliche kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Haus- und Kinderärzte:

1. Hausärzte einschließlich hausärztliche Internisten einschl. aller Buchstabenkennungen:

GOP	Leistung	
03110	Versichertenpauschale bis 5. Lj.	nach SGO
03111	Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj.	nach SGO
03112	Versichertenpauschale ab 60 Lj.	nach SGO

oder

GOP	Leistung	
03120	Versichertenpauschale bis 5. Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO
03121	Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO
03122	Versichertenpauschale ab 60 Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO

oder

GOP	Leistung	
03130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19.00 bis 07.00 Uhr, Wochenende und Feiertags	nach SGO

2. Kinderärzte einschl. aller Buchstabenkennungen:

GOP	Leistung	
04110	Versichertenpauschale bis 5. Lj.	nach SGO
04111	Versichertenpauschale 6. bis 59. Lj.	nach SGO
04112	Versichertenpauschale ab 60. Lj.	nach SGO

oder

GOP	Leistung	
04120	Versichertenpauschale bis 5. Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO
04121	Versichertenpauschale 6. bis 59 Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO
04122	Versichertenpauschale ab 60 Lj., nur im Vertretungsfall	nach SGO

oder

GOP	Leistung	
04130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme 19.00 bis 07.00 Uhr, Wochenende und Feiertags	nach SGO

Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:

Überweisungen an fachärztliche Internisten auf Grund der neuen Grippe: Gesamte Kapitel 13.2 und die Grundpauschalen des Kap. 13.3 EBM

GOP	Leistung	
099990		nach SGO

Unvorhergesehene Inanspruchnahme:

GOP	Leistung	
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19.00 bis 22.00 Uhr	nach SGO
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22.00 bis 07.00 Uhr	nach SGO
01102	Unvorhergesehene Inanspruchnahme Samstags 07.00 bis 14.00 Uhr	nach SGO

Besuche (jeweils nur 1 GOP berechnungsfähig):

GOP	Leistung	
01410	Besuch	nach SGO
01411	Dringender Besuch I	nach SGO
01412	Dringender Besuch II	nach SGO
01413	Besuch eines weiteren Kranken	nach SGO
01415	Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim	nach SGO

Sonstiges:

GOP	Leistung	
01416	Begleitung eines Kranken beim Transport	nach SGO
01436	Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)	nach SGO
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	nach SGO
01600	Ärztlicher Bericht	nach SGO
01601	Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)	nach SGO
40100	Versandmaterial	nach SGO
40120	Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)	nach SGO
40122	Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)	nach SGO
40240	Besuch durch Praxismitarbeiter	nach SGO
40260	Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient	nach SGO
34220	Thorax-Röntgen	nach SGO

Labor:

GOP	Leistung	
12220	Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt, nur i.V.m. GOP 88740	unterschiedlich
12225	Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt, nur i.V.m. GOP 88740	unterschiedlich
32001	Laborbonus	unterschiedlich
32025 – 32042	Kapitel 32.2.1 EBM	EBM
32045 – 32052	Kapitel 32.2.2 EBM	EBM
32120 – 32125	Kapitel 32.2.5 EBM	EBM
32128	C-reaktives Protein (CRP)	EBM

Organisierter Notfalldienst:

GOP	Leistung	
01210	Notfallpauschale	nach SGO
01211	Zusatzpauschale zur 01210	nach SGO
01214	Notfallpauschale	nach SGO
01215	Zusatzpauschale zur 01214	nach SGO
01216	Notfallkonsultationspauschale II	nach SGO
01217	Zusatzpauschale zur 01216	nach SGO
01218	Notfallkonsultationspauschale III	nach SGO
01219	Zusatzpauschale zur 01218	nach SGO
02100	Infusion bei Kreislaufversagen	nach SGO

3. Bei Einbeziehung von HNO Ärzten:

GOP	Leistung	
09210	Grundpauschale bis zum 5. Lj.	nach SGO
09211	Grundpauschale 6. bis 59. Lj.	nach SGO
09212	Grundpauschale ab 60. Lj.	nach SGO
09311	Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)	nach SGO

4. Bei Einbeziehung von Radiologen:

GOP	Leistung	
24210	Konsiliarpauschale bis zum 5. Lj.	nach SGO
24211	Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lj.	nach SGO
24212	Konsiliarpauschale ab 60. Lj.	nach SGO

5. Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

a. Wegepauschalen

gemäß Anlage 2a zum Teil 3 der MGV-Vereinbarung 2010

b. spezielle Leistungen

GOP	Leistung	
88740	PCR	
88741	Influenza-Schnelltest	
40870	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	
40872	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient	

c. Weitere Leistungen bereichsfremder Ärzte

Alle Leistungen, die gemäß vertraglicher Vereinbarung der Gesamtvertragspartner am Leistungsort als nicht vorhersehbarer Behandlungsbedarf definiert sind.



Teil 5

Vereinbarung zur HONORARVERTEILUNG im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Inhaltsverzeichnis	Seite
Präambel	
§ 1 Anwendungsbereich	26
§ 2 Zusammensetzung der Gesamtvergütungen	27
§ 3 Allgemeine Abzüge und Zuführungen	27
§ 4 Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich	27
§ 5 RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlicher Versorgungsbereiches	28
§ 6 RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches	28
§ 7 Gemeinsame Vorschriften	28
§ 8 Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)	29
§ 8a Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	36
§ 8b Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV) – Konvergenzregelung	36
§ 8c Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung	37
§ 9 Verteilung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	38
§ 10 Datenlieferungen	38
§ 11 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer	38
Anlage 1 Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten	39
Anlage 2a Ärzte mit RLV	40
Anlage 2b Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen	42
Anlage 2c Ärzte ohne RLV	42
Anlage 3 Grundsätze zur Anpassung der RLV	42
Anlage 4 Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)	43
Anlage 5 Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit	47
Anlage 6 Datenlieferungen	47
Anlage 7 Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung	61
	25

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2010 mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010 haben die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen mit Abschlussvollmacht für die Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage des § 85 Absätze 4 und 4a SGB V sowie § 87b Abs. 4 SGB V folgende Honorarverteilungsregelungen vereinbart:

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die nach Vereinbarungsteil 3 zu leistenden Gesamtvergütungszahlungen.
- (2) Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.
- (3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
- (4) Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich dem Vertragsarzt vorbehalten.

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieser Vereinbarung; die Durchführungsbestimmungen hierzu erlässt der Vorstand der KV Sachsen. Sollten bei der Erstellung der Abrechnungen Regelungslücken auftreten, sind diese durch den Vorstand der KV Sachsen mit Auslegungsbestimmungen zu schließen. Hierbei ist diejenige Auslegung heranzuziehen, die dem mutmaßlichen Willen der Vertragspartner und dem beabsichtigten Zweck am Nächsten kommt.

- (5) Die KV Sachsen wird die LVSK über das Auftreten einer Regelungslücke unverzüglich informieren und die von ihr angewandte Auslegungsbestimmung mitteilen. Die Regelungslücke soll dann für zukünftige Abrechnungszeiträume durch eine einvernehmliche Regelung geschlossen werden.

- (6) Die KV Sachsen verteilt die Gesamtvergütung in eigener Verantwortung gem. § 85 Abs. 4 SGB V. Eine nachträgliche Erhöhung der Gesamtvergütung, mit Ausnahme der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die sich durch die Durchführung und Umsetzung der Honorarverteilung ergibt, ist ausgeschlossen.

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

§ 2

Zusammensetzung der Gesamtvergütungen

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

§ 3

Allgemeine Abzüge und Zuführungen

- (1) Leistungen für Versicherte, deren Wohnort nicht in Sachsen ist, aber ärztliche Behandlung in Sachsen in Anspruch nehmen, werden wie Leistungen für Versicherte mit Wohnort in Sachsen vergütet. Ausgenommen hiervon sind separate Verträge ohne Anerkennungsvereinbarung.
- (2) Aus den eingehenden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, werden für den Ausgleich bestimmter Ansprüche Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 vorgenommen.
- (3) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen verwendet.

§ 4

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

- (1) Die Aufteilung des RLV-Vergütungsvolumens richtet sich nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen 2007 – ohne die Leistungen, die vor der Trennung in die Versorgungsbereiche vergütet werden (Anlage 4) – unter Berücksichtigung des jeweiligen Faktors des Versorgungsbereiches für EBM 2008-Anpassungen. Die Berechnungen richten sich nach Beschlusstil F Anlage 2 Nr. 1.

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

VRLV_{VB} : vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs

VG : Vergütungsvolumen 2007 in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen

VG_{VB} : Vergütungsvolumen 2007 in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

VB : hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

RLV_{VG} : RLV-Vergütungsvolumen

- (2) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt werden die RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche entsprechend Beschlussteil F Anlage 2 Nr. 2 c wie folgt angepasst:
 1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet quartalsweise statt.
 2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.
- (3) Soweit im Zusammenhang mit Verträgen nach §§ 73b oder 73c SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.
- (4) Das so angepasste und aufgeteilte RLV-Vergütungsvolumen wird im Folgenden als vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereiches verwendet.

§ 5

RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches

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

§ 6

RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

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

§ 7

Gemeinsame Vorschriften

- (1) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der jeweiligen Vergleichsgruppe in Anlage 2a zugeordnet und unterliegen der Leistungssteuerung. Sofern sie dort nicht zugeordnet werden können, gilt § 8 Abs. 7 und 8.
Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden gemäß Beschlussteil F Pkt. 1.2.4 b) grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.
- (2) Ermächtigte Ärzte, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Anlage 2a zugeordnet und unterliegen der Leistungssteuerung. Sofern sie dort nicht zugeordnet werden können, gilt § 8 Abs. 7.
- (3) Das RLV von Vertragsärzten, die in mehreren Praxissitzen tätig sind, wird gemäß dem vom Zulassungsausschuss festgesetzten Tätigkeitsumfang aufgeteilt.

§ 8

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Allgemeine Regelung

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

Die RLV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

(2) Bestimmung der RLV

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

Bei der Bestimmung der RLV bestimmt sich die Fallzahl nach RLV-relevanten Fallzahlen gem. § 8 Abs. 5.

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 7.

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

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

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 6 zu ermitteln.

Vertragsärzte erhalten zusätzlich Fallwertzuschläge je RLV-Fall des Vorjahresquartals gemäß Beschluss Teil F Anlage 1 Nrn. 5 und 6. Chirurgen mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie erhalten den Fallwertzuschlag Teil F Anlage 1 Nr. 6 des o. g. Beschlusses der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

(3) Bildungsvorschriften zum RLV

Die RLV werden je Arzt ermittelt.

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

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

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Für die Höhe des zutreffenden RLV für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gelten folgende Regelungen bis zum 31. März 2010:

- a) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe werden um 10% erhöht und
- b) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte werden um 5% je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal 6 Arztgruppen bzw. Schwerpunkte sowie für jede weitere Arztgruppe bzw. jeden weiteren Schwerpunkt um weitere 2,5%, maximal jedoch insgesamt um 40% erhöht. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

(4) Honorierung nach RLV

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

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

Quote = 2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des jeweiligen Versorgungsbereichs dividiert durch die je Versorgungsbereich anfallenden RLV übersteigenden Leistungen (im fachärztlichen Versorgungsbereich zusätzlich unter Beachtung der Anlage 1, Nr. 2 zu Teil 5) bewertet mit dem regionalen Punktwert

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

Die maximale Quote für die die RLV überschreitenden Leistungen ergibt sich aus dem Quotienten zwischen einem Punktwert von 3,50 Cent und dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 1.

(5) RLV-relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß § 8 Abs. 6 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

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

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

(6) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen

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

- antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2
- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241 bzw. GOP 13253 und 27323)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Grundleistungen und Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Leistungen der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (Fachärztlicher Versorgungsbereich: GOP 13437, 13438, 13439 und 13677 sowie analog Kapitel 4; hausärztlicher Versorgungsbereich: GOP 04523, 04525, 04527, 04537)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Polysomnographie (GOP 30901)
- MRT-Angiographie (GOP des Abschnitts 34.4.7)
- alle nach Teil 3 § 4 honorierten Leistungen, darunter alle regional vereinbarten, nicht im EBM enthaltenen Leistungen, u. a. Belegärztliche Leistungen gemäß Belegarztvereinbarung.
- Anästhesiologische Leistungen des Abschnittes 5.3,
- Nephrologische Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6
- Bronchoskopien (GOP 09315, 09316 und 13662 bis 13670) sowie die
- Psychiatrischen Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220 und 21222)

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

(6a) Von der Bildung des RLV ausgenommene Leistungen, die einer Leistungssteuerung unterliegen

- a) Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, unterliegen auf Grundlage der Beschlüsse innerhalb der Konvergenzphase einer Leistungssteuerung. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.
- b) Folgende Leistungen/Fachgruppen sind unter Berücksichtigung der angegebenen Interventionsquoten von der Leistungssteuerung betroffen:

Nr.	Leistung/Fachgruppe	Interventionsquote				
1	Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102) und dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415),	50%				
2	Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241 bzw. GOP 13253 und 27323)	50%				
3	Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten,	50%				
4	Akupunktur des Abschnitts 30.7.3,	50%				
5	Grundleistungen des Kapitels 32 (Wirtschaftlichkeitsbonus Labor)	90%				
6	laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,	50%				
7	ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531),	50%				
8	Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7	50%				
9	Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),	50%				
10	Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324),	50%				
11	Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331),	50%				
12	ESWL (GOP 26330),	50%				
13	Polysomnographie (GOP 30901),	50%				
14	MRT-Angiographie (GOP des Abschnitts 34.4.7)	50%				
15	Anästhesiologische Leistungen des Abschnittes 5.3,	50%				
16	Nephrologische Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6	50%				
17	Bronchoskopien (GOP 09315, 09316 und 13662 bis 13670)	50%				
18	Psychiatrischen Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220 und 21222)	50%				
19	alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen und die nicht antrags- und genehmigungspflichtig sind, der Fachgruppen der Anlage 2b	<table border="0"> <tr> <td>Probatorische Sitzungen</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Übrige Leistungen</td> <td>50%</td> </tr> </table>	Probatorische Sitzungen	75%	Übrige Leistungen	50%
Probatorische Sitzungen	75%					
Übrige Leistungen	50%					

Nr.	Leistung/Fachgruppe	Interventionsquote
20	alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen und Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie	97%
21	alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Fachärzte für Strahlentherapie	77%
22	alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde	55%
23	alle Leistungen, die RLV-relevanten Leistungen entsprechen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.)	50%

c) Leistungssteuerung der Leistungen nach Punkt b), ggf. getrennt nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich:

(1) Ermittlung des Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe im Quartal des Aufsatzjahres; Das Honorar pro Leistung ergibt sich aus dem mittleren GKV-Auszahlungspunktwert der bis 2008 außerbudgetären Leistungen sowie aus dem Ansatz des mittleren RLV-Punktwertes für die bis 2008 budgetären Leistungen. Dieses Honorar wird um den durchschnittlichen EBM-Effekt 2008 in Höhe von 9,7% (mit Ausnahme der analytischen Laborleistungen), um die bundesdurchschnittliche Morbiditätsveränderungsrate 2009 in Höhe von 5,1% und 2010 in Höhe von 1,6616% und um einen Anteil der Erhöhung gem. Teil B 3.3 in Höhe von 0,1635% angepasst.

(2) Ermittlung des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe gem. SGO 2010 pro Quartal,

(3) Das Verhältnis des Honorars aus dem Quartal des Aufsatzjahres pro Leistung und des angeforderten Honorars pro Leistung bzw. pro Fachgruppe pro Quartal 2010 wird auf das individuelle Arzthonorar pro Leistung angewandt. Obergrenze für das Honorar ist das abgerechnete Honorar nach sachlich-rechnerischer Prüfung pro Leistung 2010 gem. SGO. Untergrenze der anzuwendenden Verhältniswerte bilden die in der Tabelle aufgeführten Interventionsquoten.

d) Für die Absicherung der Interventionsquoten sind entsprechende Rückstellungen (Anlage 4) zu bilden.

e) Die KV Sachsen verpflichtet sich, die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen von der Haftung für die auf Grundlage der in § 8 Abs. 6a vereinbarten Vertragsergänzungen ergangenen Honorarbescheide für das Jahr 2010 freizustellen

(7) Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

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

Die Ermittlung und Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen regelt Anlage 1.

(8) Ärzte ohne RLV

Alle in Anlage 2c genannten Leistungserbringer sind unter Beachtung der Regelungen nach Abs. 6a von der Leistungssteuerung ausgenommen.

(9) Praxen mit Jungärzten

Jungärzte sind Ärzte, welche im Aufsatzzeitraum zur Bestimmung der individuellen Fallzahl bei der Berechnung der RLV, beginnend mit dem Quartal I/2009, keine vollen 8 Quartale niedergelassen waren.

Diesen Jungärzten wird ein Regelleistungsvolumen pro Quartal zugewiesen, das sich aus dem durchschnittlichen Fallwert der Vergleichsgruppe und erreichter Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bildet. Sollte eine höhere Behandlungsfallzahl im aktuellen Quartal erreicht werden, ergibt diese multipliziert mit dem durchschnittlichen Fallwert der Vergleichsgruppe das aktuelle RLV des Jungarztes.

Dabei wird die Behandlungsfallzahl des Jungarztes in einer Arztpraxis wie folgt berücksichtigt:

- a) Ermittlung der Behandlungsfallzahl der Praxis im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der Behandlungsfallzahl der Praxis im entsprechenden Vorjahresquartal. Sofern die Behandlungsfallzahl im aktuellen Quartal geringer ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal, wird das RLV mit der Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals berechnet und nach Arztfallzahlen aufgeteilt.
- b) Sofern die Behandlungsfallzahl im aktuellen Quartal höher ist als im entsprechenden Vorjahresquartal wird die Entwicklung der Arztfallzahl der Jungärzte in der betroffenen Praxis geprüft. Ist die Arztfallzahl im aktuellen Quartal geringer als im entsprechenden Vorjahresquartal wird das RLV mit der Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals berechnet und nach Arztfallzahlen aufgeteilt.
- c) Sofern auch die Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis im aktuellen Quartal höher ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal wird der Zuwachs der Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis dem Zuwachs der Behandlungsfallzahl gegenübergestellt. Ist der Zuwachs der Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis höher als der Zuwachs der Behandlungsfallzahl der Praxis werden die zusätzlichen Behandlungsfälle komplett den Jungärzten in der Praxis auf ihr RLV angerechnet. Sofern mehrere Jungärzte in der Praxis tätig sind erfolgt die Aufteilung anhand des Anteils der Arztfälle im aktuellen Quartal. Ist der Zuwachs der Behandlungsfallzahl der Praxis höher als der Zuwachs der Arztfälle der Jungärzte, erhalten die Jungärzte alle von ihnen zusätzlich erbrachten Arztfälle auf ihr RLV angerechnet. Bei mehreren Jungärzten in der Praxis erfolgt die Zuweisung des zusätzlichen RLV anhand des individuellen Zuwachses der jeweiligen Jungärzte.

Nach Ablauf von 8 Quartalen wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet. Sollte eine erhebliche Erhöhung der Behandlungsfallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale vorliegen, ist auf Antrag des Arztes eine Steigerung auf die durchschnittliche Behandlungsfallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale möglich.

(10) Angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei der Zuweisung des RLV ist stets der Umfang der Tätigkeit im Bereich der KV Sachsen zu berücksichtigen.

(13) Antragsrecht des Leistungserbringers zur Ausnahme von der Abstaffelung

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

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

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

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

(14) Praxisbesonderheiten

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 Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Das Verfahren regelt die Durchführungsvereinbarung.

(15) Änderung der RLV von Amts wegen

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

(16) Anpassung der RLV aus sonstigen Gründen

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

§ 8a

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Sofern die Regelungen des § 8 Absätze 13 oder 14 keine Anwendung finden und sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem Vorvorjahresquartal verringert, kann die KV Sachsen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Die im Jahr 2010 geltende Honorarverteilungsregelung ist bei der Ermittlung der zum Vergleich heranzuziehenden Vorvorjahresquartalshonorare zu berücksichtigen.

Mögliche Ausgleichszahlungen für ein Quartal sind vorbehaltlich der tatsächlichen Leistungserbringung im entsprechenden Quartal des Jahres 2010 zu leisten.

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

§ 8b

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV) Konvergenzregelung

(1) Die gemäß § 8 Abs. 2 i.V.m. Anlage 7 gebildeten vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwerte unterliegen zur Umsetzung der vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzphase den nachfolgend festgesetzten Maßgaben.

- (2) Die Veränderung eines vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes im Vergleich zum entsprechenden vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwert des jeweiligen Quartals 2008 der vergleichsgruppenspezifische Fallwert des Vergleichs quartals 2008 wird nach den Bildungsvorschriften für das betreffende Quartal des Jahres 2010 berechnet) wird auf +/- 10% der Durchschnittsentwicklung aller vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte – getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich – begrenzt. Verbleiben nach Anwendung dieser Regelung Mittel, kommt folgende Regelung zur Anwendung. Liegt bei einer Vergleichsgruppe, welche im Rahmen des Konvergenzmodells Mittel abgibt, die Entwicklung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes von über +10% und ein überdurchschnittlicher EBM-Effekt 2008 vor, dann werden 40 v. H. der Abweichung des vergleichsgruppenspezifischen EBM-Effekts zum Durchschnitts-EBM-Effekt 2008 im jeweiligen Versorgungsbereich bei der Bildung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes des Vorjahres quartals (fiktiv) berücksichtigt. Reichen die verbliebenen Mittel für diese Regelung nicht aus, wird der Anteil des überdurchschnittlichen EBM-Effekts entsprechend verringert.
- (3) Falls die aus der Anwendung der Regelung verwendeten Mittel nicht ausreichen bzw. Mittel noch verbleiben, werden diese als entsprechende Absenkung bzw. Erhöhung auf alle RLV-Fallwerte des Versorgungsbereiches verrechnet.
- (4) Die KV Sachsen stellt die LVSK im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelung begründet sind, vollständig von der Haftung frei.
- (5) Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenzphase seitens der LVSK ist ausgeschlossen.

§ 8c

Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung

- (1) Die KV Sachsen strebt mit der vereinbarten Konvergenzregelung gemäß Teil 5 § 8b an, die umfassende flächendeckende ambulante medizinische Versorgung in Sachsen zu sichern.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass seitens von Vertragsärzten für GKV-Leistungen keine Kostenerstattung von GKV-Versicherten gefordert wird.
- (3) Sofern die LVSK trotzdem Kostenerstattungen für GKV-Leistungen an Versicherte vornehmen müssen, weil Vorkasse oder Eigenbeteiligungen des Versicherten vom Arzt unberechtigt verlangt wurde, übergeben die betreffenden Krankenkassen die entsprechenden Unterlagen der KV Sachsen zur Prüfung. Die KV Sachsen sichert zu, zu Unrecht privat liquidierte Leistungen unverzüglich beim Arzt geltend zu machen, vom Honorar abzusetzen und der jeweiligen Krankenkasse zu erstatten.
- (4) Für Fälle gemäß Abs. 3 verpflichtet sich die KV Sachsen im Rahmen der Disziplinarordnung entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (5) Das Ergebnis der Klärung von Patientenbeschwerden und der Fälle nach Abs. 3 werden seitens der KV Sachsen grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen gegenüber den LVSK rückgemeldet.

§ 9

Verteilung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Im Falle eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund des Beschlusses Teil E Punkt 2.1 verständigen sich die Vertragspartner über die Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel.
- (2) Bezüglich des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeeignissen werden die gekennzeichneten zusätzlichen Leistungen gemäß Teil 3 § 3 vergütet.
- (3) Zusätzlich entstehende RLV-relevante Fälle und Behandlungsbedarf gemäß Abs. 1 und 2 werden nicht basisrelevant.

§ 10

Datenlieferungen

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

§ 11

In-Kraft-Treten/Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2010 mit Wirkung für das 1. bis 4. Quartal 2010 in Kraft.

Anlage 1 zu Teil 5

Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten

Für die Vergütung der

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

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

1. Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt b) ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarfs aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorvorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Anteils erfolgt erstmals im 1. Quartal des aktuellen Jahres und gilt bis zum 4. Quartal des aktuellen Jahres.

Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes oder einer Gemeinschaftspraxis vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.

2. Den unter a) bis d) genannten Leistungserbringern werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Arzt (unter Beachtung des Zulassungsumfangs) durch die KV Sachsen zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

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

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

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

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

Anlage 2a zu Teil 5

Ärzte mit RLV

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

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

* Sofern für Jungärzte, die der Vergleichsgruppe der Radiologen zugeordnet werden, keine individuellen Fallwerte im Vorjahresquartal zur Einordnung vorliegen, werden diese für die erste Zuweisung ihres RLV der Gruppe 1 zugeordnet. Nach Vorlage der Ergebnisse des ersten Abrechnungsquartals ermittelt die KV Sachsen gemäß § 8 Abs. 16 auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse die für den neu zugelassenen Radiologen zutreffende Gruppe. Nach dieser Neuordnung wird das RLV zum nächst möglichen Zeitpunkt auf dieser Grundlage zugewiesen. Das Antragsrecht des Arztes bleibt davon unberührt.

Die Vergleichsgruppen 001 bis 006 sind dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen, die übrigen Vergleichsgruppen sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen.

Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

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

Anlage 2b zu Teil 5

Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

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

Anlage 2c zu Teil 5

Ärzte ohne RLV

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

Anlage 3 zu Teil 5

Grundsätze zur Anpassung der RLV

Antragsrecht des Arztes zur Ausnahme von der Abstaffelung

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

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

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

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

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

Antragsrecht des Vertragsarztes aufgrund außergewöhnlich niedriger Fallzahl im Aufsatzquartal

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

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

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

Anlage 4 zu Teil 5

Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)

Grundsätze:

Die Rückstellungen werden in der Regel wie folgt kalkuliert: abgerechneter Leistungsbedarf Vorjahresquartal * regionaler Punktwert * Sicherheitsfaktor.

Anlage 4 zu Teil 5	
1 Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
FKZ-Saldo	
Abzug Vergütung für Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM	
Abzug der Erhöhung nach GKV-OrgWG (Beschluss B Nr. 3.3 i. V. m. F Nr. 3.1)	
Vergütung von Leistungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes	
Vergütung für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen	
Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Jahr 2009 für Leistungen, die damals vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betreffen	
Summe der allgemeinen Vorwegabzüge	

Anlage 4 zu Teil 5	
2a Höhe der Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Beschlussteil F Anlage 1 Nr. 5	
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:	
Förderung von Weiterbildungsassistenten	
Förderung von Medizinstudenten (KV-Anteil)	
Förderung einer Patenschaftspauschale	
Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Anlage 3	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschlussteil F Pkt. 2.1. kein RLV erhalten	
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537 EBM)	
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 – 01102 EBM) und Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)	
Auswertung eines Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241, 04241 EBM)	
Nephrologische Leistungen des Abschnittes 4.5.4	
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerz- kranke Patienten	
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM	
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kosten- pauschalen des Kap. 40 EBM	
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM	
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 – 01531 EBM)	
Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	
Nephrologische Leistungen (Abschnitt 13.3.6 EBM)	
Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)	
Vorwegabzug Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (GOP 32001 EBM)	
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich	

Anlage 4 zu Teil 5	
2b Höhe der Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Beschlussteil F Anlage 1 Nr. 6	
Zuführung der Erhöhung nach GKV-OrgWG (Beschlussteil B Nr. 3.3 i. V. m. F Nr. 3.1)	
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:	
Förderung von Weiterbildungsassistenten	
Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Anlage 3	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschlussteil F Pkt. 2.1. kein RLV erhalten*	
Zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 Teil F genannte Arztgruppen:	
Niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte, niedergelassene Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
Fachärzte für Strahlentherapie	
Fachwissenschaftler der Medizin und Fachärzte für Pathologie, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen sowie Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie	
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht bereits genannt wurden	
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 EBM)	
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 – 01102 EBM); Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)	
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 – 01531 EBM)	

Fortsetzung Anlage 4 zu Teil 5	
2b Höhe der Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM	
Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM	
Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiome (GOP 10320 bis 10324 EBM)	
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225 EBM)	
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323 EBM)	
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM	
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM	
Bronchoskopien (GOP 09315, 09316 und 13662 bis 13670 EBM)	
Psychiatrischen Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220 und 21222 EBM)	
Histologie, Zytologie (GOP 19310 – 19312, 19331 EBM)	
ESWL (GOP 26330 EBM)	
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerz- kranke Patienten	
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM	
Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	
MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7 EBM	
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kosten- pauschalen des Kap. 40 EBM	
Vorwegabzug Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (GOP 32001 EBM)	
Vorwegabzug Hautscreening gemäß Anlage 7	
Zum Ausgleich von Forderungen aus Vorquartalen innerhalb des Versorgungs- bereichs	
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich	

* in der Berechnung sind 100.000,00 Euro auf Grund der Interventionsquote nach § 8 Absatz 6a enthalten.

Ziffer 1

Unter- und Überdeckungen von Rückstellungen

- (1) Allgemeine Rückstellungen und Rückstellungen eines Versorgungsbereiches sind gegenseitig ausgleichsfähig.
- (2) Die Über- bzw. Unterdeckung von Rückstellungen und sonstige Überschüsse eines Quartals werden im nächst erreichbaren Quartal bzw. in den nächst erreichbaren Quartalen bei der Berechnung der RLV unter Beachtung der Trennung des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches berücksichtigt. Die Rückstellungen werden unter diesen Gesichtspunkten angepasst.

- (3) Die Vertragspartner werden die Rückstellungen mit Wirkung für das Jahr 2010 neu kalkulieren.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren die Höhe der Rückstellungen der folgenden Quartale des Jahres 2010 im schriftlichen Umlaufverfahren. Die dafür erforderlichen Daten übergibt die KV Sachsen bis spätestens 1 Monat vor Quartalsbeginn des betreffenden Abrechnungsquartals.

Ziffer 2

Sonderregelungen aufgrund der Leistungssteuerung

1. Die gemäß Teil 5, § 8 Abs. 6a vereinbarte Leistungssteuerung führt zu einer Veränderung der Ermittlung der Vorwegabzüge.
2. Die Vorwegabzüge für die Leistungen und die Fachgruppen, die gemäß § 8 Abs. 6a der Leistungssteuerung unterliegen, werden abweichend von der generellen Bildungsvorschrift gemäß § 8 Abs. 6a Buchstabe c) nach dem im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 verfügbaren Honoraranteil zzgl. der Morbiditätsveränderungsrate 2009 und 2010 und des EBM-Effektes 2008 (nicht bei analytischen Laborleistungen) kalkuliert.
3. Diese abweichend kalkulierten Vorwegabzüge werden durch Fußnote 1) hinter der jeweiligen Bezeichnung des Vorwegabzuges gesondert gekennzeichnet.

Anlage 5 zu Teil 5

Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit

Nicht besetzt

Anlage 6 zu Teil 5

Datenlieferungen

Datenlieferungen zu § 8 der Vereinbarung

Gemäß der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 sind die in Teil F Abschnitt III genannten Daten den LVSK zu den genannten Terminen im csv-Format zu übermitteln.

Aus Gründen des Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 des o. g. Beschlusses für Arztgruppen mit weniger als 40 Ärzten und Praxen mit Alleinstellungsmerkmal auf Grund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.

Datenlieferungen zu § 8 Abs. 13 – 15 und § 8a der Vereinbarung

sind in der Durchführungsvereinbarung geregelt.

Datenlieferungen zu § 8b der Vereinbarung:

Die Ermittlung der RLV-Fallwerte nach Beschlusslage sowie nach Konvergenz im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal sowie der umzuverteilenden Mittel je Vergleichsgruppe und Versorgungsbereich werden den LVSK als Tabelle 5 nach Fertigstellung durch die KV Sachsen übergeben. Die Auswirkungen der Konvergenzregelung werden arztbezogen auch in Tabelle 4 ausgewiesen.

Datenlieferungen zu § 9 der Vereinbarung

werden bei Bedarf abgestimmt.

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 1		
Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich		
Quartal ...		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabrechnung
	EUR	EUR
1	2	3
Vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)		
FKZ-Saldo		
Abzug Vergütung für Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM		
Abzug der Erhöhung nach GKV-OrgWG (Beschlusssteil B Nr. 3.3 i.V.m. F Nr. 3.1)		
Vergütung von Leistungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes		
Vergütung für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen		
Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Jahr 2009 für Leistungen, die damals vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betreffen		
Erhöhung Hautscreening		
= RLV Vergütungsvolumen		
Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
Dabei berücksichtigter EBM-Effekt im hausärztlichen Versorgungsbereich		
Dabei berücksichtigter EBM-Effekt im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich		

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 2A		
Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich		
Quartal ...		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabrechnung
	EUR	EUR
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Beschlussteil F Anlage 1 Nr. 5		
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:		
Förderung von Weiterbildungsassistenten		
Förderung von Medizinstudenten (KV-Anteil)		
Förderung einer Patenschaftspauschale		
Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Anlage 3		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschlussteil F Pkt. 2.1. kein RLV erhalten		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537 EBM)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten		
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 – 01102 EBM)		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)		
Auswertung eines Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241, 04241 EBM)		
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM		
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM		
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 – 01531 EBM)		
Polysomnographie (GOP 30901 EBM)		
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (GOP 32001 EBM)		
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 2B		
Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Quartal ...		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabrechnung
	EUR	EUR
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Beschlussteil F Anlage 1 Nr. 6		
Zuführung der Erhöhung nach GKV-OrgWG (Beschlussteil B Nr. 3.3 i.V.m. F Nr. 3.1)		
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:		
Förderung von Weiterbildungsassistenten		
Finanzbedarf auf Anträgen gemäß Anlage 3		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Beschlussteil F Pkt. 2.1. kein RLV erhalten		
Zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 Teil F genannte Arztgruppen:		
Niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte, niedergelassene Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		
Fachärzte für Strahlentherapie		
Fachwissenschaftler der Medizin und Fachärzte für Pathologie, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen		
Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie		
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht bereits genannt wurden		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 EBM)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten		

Fortsetzung Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 2B		
Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Quartal ...		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabrechnung
	EUR	EUR
1	2	3
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 – 01102 EBM)		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)		
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 – 01531 EBM)		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM		
Leistungen des Abschnitts 5.3		
Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiome (GOP 10320 bis 10324 EBM)		
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225 EBM)		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323 EBM)		
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM		
Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670 EBM)		
Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222 EBM)		
Histologie, Zytologie (GOP 19310 – 19312, 19331 EBM)		
ESWL (GOP 26330 EBM)		
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM		
Polysomnographie (GOP 30901 EBM)		
MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7 EBM		
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM		
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (GOP 32001 EBM)		
Zum Ausgleich von Forderungen aus Vorquartalen innerhalb des Versorgungsbereichs		
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 3 Ermittlung der Fallwerte						
Quartal						
Arztgruppe	Kennzeichen*	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LBAG/LBV/B) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	Dabei berück- sichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungs- volumen der Arztgruppe (RLVAG) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe Vorjahres- quartal	Fallwert der Arztgruppe vor Konvergenz
		Prozent	Prozent	EUR		EUR
1	2	3	4	5	6	7
Hausärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören ohne Leistungsschwerpunkt	1a					
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören mit Leistungsschwerpunkt Onkologie	1b					
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie	1c					
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	2a					
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die, gemessen am RLV-relevanten Leistungsbedarf, mehr als 30% Leistungen aus Abschnitt 4.4.1 EBM abrechnen	2b					
Fachärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Anästhesiologie	3					
Fachärzte für Augenheilkunde	4					
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	5					
Fachärzte für Frauenheilkunde	6a					
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und mit Genehmigung zur künstlichen Befruchtung/IV	6b					
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7					

Quartal	Arztgruppe	Kennzeichen ^a	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LBAG/LBVB) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	Dabei berück- sichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungs- volumen der Arztgruppe (RLVAG) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe Vorjahres- quartal	Fallwert der Arztgruppe vor Konvergenz
			Prozent	Prozent	EUR		EUR
	1	2	3	4	5	6	7
	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	8					
	Fachärzte für Humangenetik	9					
	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	10					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie	10aa					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	10ab	Nicht besetzt				
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie	10b					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie	10c					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	10d					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie	10ea					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie mit Abrechnungsgenehmigung Stressechokardiographie mit Kipflage	10eb					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	10ec					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie	10f					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie	10g					
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie	10h					
	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	17					

Quartal Arztgruppe	Kennzeichen ³	Anteil der Arztgruppe am Vorsorgungsbereich (LBAG/LBVB) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F Prozent	Dabei berück- sichtigter EBM-Effekt Prozent	RLV-Vergütungs- volumen der Arztgruppe gemäß (RLVAG) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F EUR	RLV-relevante Fallzahl der Vorjahres- quartal	Fallwert der Arztgruppe vor Konvergenz EUR
	2	3	4	5	6	7
Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie	1					
Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit mehr als 15% Anteil aus Kap. 16 EBM gemessen an der Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs aus Kap. 16 und 21 EBM	11					
Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit weniger als 15% Anteil aus Kap. 16 EBM gemessen an der Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs aus Kap. 16 und 21 EBM	12a					
Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit weniger als 15% Anteil aus Kap. 16 EBM gemessen an der Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs aus Kap. 16 und 21 EBM	12b					
Fachärzte für Neurologie	13					
Fachärzte für Nuklearmedizin	14					
Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) ohne Leistungsschwerpunkt	15a					
Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie	15b					
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	16					
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	18 + 19					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	20	Nicht besetzt				
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	21	Nicht besetzt				
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	22	Nicht besetzt				
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	23	Nicht besetzt				
Fachärzte für Urologie	24					
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	25					
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung	26	Nicht besetzt				

Quartal	Kennzeichen ⁸	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LBAG/LBVB) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	Dabei berück- sichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungs- volumen der Arztgruppe (RLVAG) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe Vorjahres- quartal	Fallwert der Arztgruppe vor Konvergenz
		Prozent	Prozent	EUR		EUR
	1	3	4	5	6	7
Schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704	27					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 1)	28					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 2)	29					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 3)	30					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 4)	31					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 5)	32					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 6)	33					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 7)	34					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 8)	35					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 9)	36					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 10)	37					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie (Gruppe 11)	38					

* Die Einteilung der Arztgruppen weicht auf Grund sachsenspezifischer Zuordnung von der Kennzeichnung des Beschlusses ab.

Anlage 6 – Tabelle 4 Arztbezogene Informationen zur Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen															
Quartal															
Arzt-Pseudonym 1)	Tätigkeitsumfang	Kennzeichen der Arztgruppe gemäß Beschluss	Vergleichsgruppen-schlüssel Sachsen	RLV-relevante Fallzahl des Vorjahres- quartals	Fiktives RLV vor Konvergenz	Zugewiesenes RLV nach Konvergenz und evtl. Einzelfall-entscheidungen 2)	Zusatz-RLV aus Fallwert-zuschlägen gem. Anlage I	Σ RLV	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss				Σ Honorar zu abgestuften Preisen		
									RLV-relevante Fallzahl des aktuellen Quartals	Honorar innerhalb zugewiesenen RLV	Honorar zu abgestuften Preisen ohne Überschreitung Zusatz-RLV	Honorar innerhalb Zusatz-RLV		Honorar zu abgestuften Preisen der Leistungen des Zusatz-RLV	Σ Honorar innerhalb RLV
1	2	3a	3b	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

1) Das einem Arzt zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten.

2) Einzelfallentscheidungen können aufgrund der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und der Ausnahme der Abstaffelung vom Fallwert berücksichtigt worden sein.

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 5 – Hausärzte Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes in Umsetzung der Konvergenzregelung gemäß § 8b (ohne Laborbonus)										
Quartal	Vergleichsgruppe	RLV-relevante Fallwerte Vorjahrs- quartal	RLV-relevante Fallwerte aktuelles Quartal	Entwick- lung	Veränderung Fallwert aktuelles Quartal durch Konvergenz modell	RLV-relevante Fallwerte nach Konvergenz aktuelles Quartal	Fall- zahlen	Budget- verände- rung	Verteilung frei werdende/ fehlende Mittel	RLV-relevante Fallwerte neu aktuelles Quartal
001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören ohne Leistungsschwerpunkt									
002	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören mit Leistungsschwerpunkt Onkologie									
003	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie									
004	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin hausärztlich tätig									
005	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin kardiologisch tätig									
	HA Versorgungsbereich									

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 5 – Fachärzte Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes in Umsetzung der Konvergenzregelung gemäß § 8b (ohne Laborbonus)										
Quartal	Vergleichsgruppe	RLV- relevante Fallwerte Vorjahrs- quartal	RLV- relevante Fallwerte aktuelles Quartal	Entwick- lung	Veränderung Fallwert aktuelles Quartal durch Konvergenz modell	RLV- relevante Fallwerte nach Konvergenz aktuelles Quartal	Fall- zahlen	Budget- verände- rung	Verteilung frei werdende/ fehlende Mittel	RLV- relevante Fallwerte neu aktuelles Quartal
001	F007 Fachärzte für Anästhesiologie									
008	Fachärzte für Augenheilkunde									
009	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie									
010	Fachärzte für Frauenheilkunde									
011	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und mit Genehmigung zur künstlichen Befruchtung/IV									
012	Fachärzte für Hals-,Nasen-Ohrenheilkunde									
013	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten									
014	Fachärzte für Humangenetik									
015	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören									
016	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie									
017	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie									
018	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie									
019	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie									
021	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie mit Stressechokardiographie mit Kippflege									

Quartal	Vergleichsgruppe	RLV-relevante Fallwerte Vorjahresquartal	RLV-relevante Fallwerte aktuelles Quartal	Entwicklung	Veränderung Fallwert aktuelles Quartal durch Konvergenzmodell	RLV-relevante Fallwerte nach Konvergenz aktuelles Quartal	Fallzahlen Mittel	Budgetveränderung aktuelles	Verteilung frei werdende/ fehlende	RLV-relevante Fallwerte neu Quartal
022	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit									
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie									
024	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie									
025	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie									
026	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie									
027	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie									
028	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit mehr als 15% Anteil Neurologie (Kap. 16 EBM)									
029	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) mit weniger als 15% Anteil Neurologie (Kap. 16 EBM)									
030	Fachärzte für Neurologie									
031	Fachärzte für Nuklearmedizin									
032	Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) ohne Leistungsschwerpunkt									
033	Fachärzte für Orthopädie (Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) mit Leistungsschwerpunkt Schmerztherapie									
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie									
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie									

Quartal	Vergleichsgruppe	RLV- relevante Fallwerte Vorjahrs- quartal	RLV- relevante Fallwerte aktuelles Quartal	Entwick- lung	Veränderung Fallwert aktuelles Quartal durch Konvergenz modell	RLV- relevante Fallwerte nach Konvergenz aktuelles Quartal	Fall- zahlen Mittel	Budget- verfände- rung aktuelles	Verteilung frei wendende/ fehlende	RLV- relevante Fallwerte neu Quartal
	036 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 1)									
	037 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 2)									
	038 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 3)									
	039 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 4)									
	040 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 5)									
	041 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 6)									
	042 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 7)									
	043 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 8)									
	044 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 9)									
	045 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 10)									
	046 Fachärzte für Diagnostische Radiologie (Gruppe 11)									
	047 Fachärzte für Urologie									
	048 Fachärzte für Physikalische-Rehabilitative Medizin									
	049 Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Qualitätsicherungsvereinbarung (GOP 30704 EBM)									
	FA Versorgungsbereich									

Anlage 7 zu Teil 5

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen des Versorgungsbereiches (§§ 5 Abs. 2, 6 Abs. 2 – Teil 5)
2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens je Vergleichsgruppe gem. Teil F, Anlage 2 Punkt 3 („RLV VG“) unter Beachtung der Anpassungsfaktoren Teil F, Anlage 2, Punkt 3.1
3. Ermittlung der Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 8 Abs. 5 (FZ Arzt)
4. Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
5. Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen gemäß § 8 Abs. 2

	Abschlag
Cluster A bis 150%	0%
Cluster B über 150% bis 170%	25%
Cluster C über 170% bis 200%	50%
Cluster D über 200%	75%

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

6. Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe
7. Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes nach der Formel

$$FW\ VG = RLV\ VG / (A + 0,75 \times B + 0,5 \times C + 0,25 \times D)$$
8. Ermittlung des arztindividuellen RLV

$$RLV\ Arzt = FW\ VG \times FZ\ Arzt$$
 unter Berücksichtigung Teil F, Pkt. 3.2.1 i.V.m. Anlage 1 Punkt 5 oder 6
9. Morbabezogene Quotierung des RLV entsprechend Altersklassen (gemäß Punkt 6 Anlage 2 zum Teil F)

Sonderfälle bei der Ermittlung des Fallwertes

Regelung	Auswirkungen in Vergleichsgruppe	Gültig ab
Erhöhung der RLV-Fallwerte um die aus der MGV-Erhöhung entfallenden finanziellen Mittel für Hautexzisionen (GOP 10343, 10344 EBM)	013 Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	01.01.2009
Erhöhung der RLV-Fallwerte um Auswirkungen der Änderungen des EBM 2009 (GOP 04350 bis 04354 EBM)	004 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	01.01.2009
Einführung der Grundpauschale (GOP 21213 bis 21215) mit einer Quote von 1,1594 (Beschluss Bewertungsausschuss)	028/029 Fachärzte für Nervenheilkunde	01.07.2009
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale (Konkretisierung der bisherigen Regelung) mit einer Quote von 1,0324 (Bereich KV Sachsen)	004 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	01.07.2009

Teil 6

Vereinbarung zur Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsgraden

- (1) Mit den nachfolgenden Festlegungen sollen, den Grundlagen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Beschlussteil D entsprechend, Umsetzungskriterien der Vertragspartner auf Landesebene mit Wirkung für das Jahr 2010 festgelegt werden. Aktuell ist für keinen Planungsbereich in Sachsen (drohende) Unterversorgung festgestellt.
- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, dass im Fall von festgestellter drohender Unterversorgung gemäß Abs. 1 im Jahr 2010 der Orientierungspunktwert Regelversorgung gilt.
- (3) Bei festgestellter Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen im Jahr 2010 werden die Partner der Gesamtverträge gemeinsam und einheitlich dem Beschlussteil D des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 entsprechende Regelungen vereinbaren.
- (4) Die Partner der Gesamtverträge verständigen sich im Falle des Abs. 3 rechtzeitig vor Rechnungslegung der betroffenen Quartale über den kassenspezifischen Nachweis der damit im Zusammenhang stehenden Leistungsmengen und Zahlungsforderungen der KV Sachsen, insbesondere über das Formblatt 3 und ggf. ergänzende Datenlieferungen der KV Sachsen.
- (5) Weitere Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung in Sachsen für das Jahr 2010 können zwischen den Gesamtvertragspartnern gemeinsam und einheitlich vereinbart werden.

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

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Rainer Striebel

zugleich handelnd für

**die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland
und
die Krankenkasse für den Gartenbau**
Sternplatz 7, 01067 Dresden

dem BKK Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

der IKK Sachsen

vertreten durch den Vorstand
Herrn Gerd Ludwig

der Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH-Allianz (Ersatzkasse)

Gmünder ErsatzKasse – GEK

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Hamburg-Münchener Krankenkasse

hkk

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)

vertreten durch den Vorstand, Herrn Dr. med. Klaus Heckemann

§ 1 Grundsätze

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

§ 2 Berechnung von Visiten

- (1) Dem nach § 31 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) und nach § 40 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01412 und 01414 EBM vergütet. Eine Konsiliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.
- (2) Bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100, 01101 und 01412 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2), eine Begründung erforderlich.

§ 3 Vergütungssätze

Die belegärztlichen Leistungen werden dem Belegarzt außerbudgetär vergütet.

Mit 100% werden vergütet:

- a) die Leistungen des Kapitels 36 EBM;
- b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5, 40.17
- c) die Pauschalerstattung nach der GOP 80230,
- d) die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 (ärztlicher Bereitschaftsdienst).

Die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 ist am Behandlungstag nicht neben der GOP 36861 berechnungsfähig. Die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 36867 berechnungsfähig.

Die zusätzlich dem Belegarzt zu vergütenden GOP sind in der Anlage 1 aufgeführt.

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

§ 4

Berechnung von Leistungen hinzugezogener Vertragsärzte

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

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

§ 5

Berechnung der Leistungen anderer an demselben Krankenhaus tätiger Belegärzte

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

§ 6

Rechnungslegung

Die Leistungsabrechnung erfolgt für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte gemäß diesem Belegarztvertrag durch die KV Sachsen. Die KV Sachsen weist die abgerechneten Leistungen im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 (Gebührenordnungsposition), Kontenarten 463 oder 531 aus.

§ 7

Vergütung neuer Leistungen und Änderung von Bewertungen

Leistungen, die nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden. Die Vertragspartner werden nach Aufnahme neuer GOP in den EBM und Prüfung dieser, unverzüglich Verhandlungen zur Implementierung dieser GOP in den Leistungskatalog aufnehmen. Bei Neubewertungen von bereits im Katalog befindlichen EBM-Leistungen werden die belegärztliche Vergütungen ebenfalls angepasst.

§ 8

Salvatorische Klausel

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

§ 9

Geltung, Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge und gelten ab 1. Januar 2010 und ersetzen die Belegarztvereinbarung vom 14. November 2008 sowie den 1. Nachtrag vom 18. Mai 2009.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (3) Änderungen des EBM nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung wirken sich, ohne dass es einer Kündigung bedarf, unmittelbar auf diese aus.

Anlage 1 zur Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)

GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen
01100	100%	01856	35%	03120	100%	04518	16%
01101	100%	01857	12%	03121	100%	04520	23%
01220	100%	01904	19%	03122	100%	04521	11%
01221	100%	01905	21%	03241	66%	04534	26%
01222	100%	01906	35%	03321	34%	04536	28%
01412	100%	01910	12%	03322	18%	04564	35%
01414	100%	01911	12%	03324	39%	04565	35%
01420	20%	01913	35%	03330	30%	04566	35%
01422	20%	01950	62%	03331	36%	04572	35%
01600	62%	01952	60%	03332	64%	04573	35%
01601	65%	02100	45%	04110	100%	05210	56%
01602	15%	02101	31%	04111	100%	05211	57%
01605	15%	02110	23%	04112	100%	05212	60%
01611	45%	02111	36%	04120	100%	05340	44%
01612	15%	02112	18%	04121	100%	05350	12%
01620	100%	02120	62%	04122	100%	05360	34%
01621	100%	02300	43%	04241	66%	05361	37%
01711	53%	02301	33%	04242	14%	05370	84%
01712	53%	02302	33%	04243	15%	05371	79%
01770	33%	02310	36%	04321	34%	05372	18%
01772	27%	02320	55%	04322	18%	06210	61%
01775	32%	02321	58%	04324	39%	06211	60%
01780	35%	02322	47%	04330	30%	06212	62%
01781	12%	02323	53%	04331	36%	06310	62%
01782	16%	02330	33%	04332	64%	06333	47%
01784	30%	02331	41%	04350	64%	06350	62%
01785	13%	02340	40%	04419	26%	06351	36%
01786	11%	02341	52%	04434	36%	06352	33%
01787	12%	02342	22%	04436	48%	07210	66%
01815	50%	02343	36%	04437	33%	07211	68%
01821	68%	02350	23%	04439	48%	07212	67%
01822	64%	02360	26%	04511	16%	07340	40%
01853	34%	03110	100%	04512	20%	08210	64%
01854	22%	03111	100%	04513	22%	08211	61%
01855	23%	03112	100%	04514	10%	08212	61%

GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen
08231	67%	13211	63%	13540	63%	15211	70%
08310	59%	13212	65%	13541	64%	15212	65%
08311	18%	13250	46%	13542	65%	15311	66%
08330	65%	13251	34%	13551	36%	16210	60%
08332	42%	13252	18%	13560	26%	16211	50%
08333	36%	13253	66%	13590	54%	16212	50%
08334	64%	13254	39%	13591	59%	16310	36%
08340	46%	13255	30%	13592	60%	16311	55%
08410	100%	13256	17%	13610	35%	16320	48%
08411	100%	13257	36%	13611	35%	16321	48%
08412	100%	13260	64%	13612	35%	16322	33%
08413	100%	13290	64%	13620	35%	17210	62%
08414	100%	13291	63%	13621	35%	17214	68%
08415	57%	13292	64%	13622	35%	17310	8%
08416	100%	13310	12%	13640	63%	17311	6%
08541	35%	13311	54%	13641	63%	17312	5%
09210	63%	13340	60%	13642	63%	17320	6%
09211	64%	13341	62%	13660	26%	17321	6%
09212	65%	13342	61%	13661	28%	17330	8%
09310	31%	13390	62%	13662	16%	17331	5%
09311	64%	13391	63%	13663	33%	17332	8%
09312	60%	13392	63%	13664	27%	17333	8%
09313	64%	13400	16%	13670	36%	17340	7%
09314	58%	13401	20%	13690	54%	17341	5%
09315	16%	13402	26%	13691	60%	17350	6%
09316	33%	13410	25%	13692	61%	17351	6%
09317	26%	13411	25%	14210	63%	17360	5%
09351	18%	13412	22%	14211	62%	17370	18%
09360	60%	13420	11%	14220	53%	17371	20%
09361	33%	13421	10%	14221	32%	17372	24%
09362	28%	13422	16%	14310	14%	17373	19%
10210	52%	13423	23%	14311	15%	18210	66%
10211	56%	13424	23%	14312	64%	18211	67%
10212	55%	13430	15%	14320	36%	18212	66%
10340	43%	13431	17%	14321	55%	20210	63%
10341	33%	13490	55%	14330	48%	20211	64%
10342	33%	13491	57%	14331	48%	20212	63%
13210	59%	13492	59%	15210	68%	20310	64%

GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen
20311	60%	25331	15%	30600	36%	33042	46%
20312	64%	25332	5%	30601	64%	33043	49%
20313	58%	25333	15%	30610	57%	33044	35%
21210	35%	25340	5%	30611	50%	33050	46%
21211	45%	25341	5%	30710	20%	33051	53%
21212	45%	25342	10%	30712	25%	33052	40%
21213	45%	26210	61%	30720	10%	33060	36%
21214	45%	26211	64%	30721	10%	33061	51%
21215	45%	26212	65%	30722	10%	33062	46%
21216	48%	26310	30%	30723	20%	33063	36%
21217	64%	26311	18%	30724	10%	33070	36%
21220	53%	26312	9%	30730	5%	33071	44%
21221	32%	26313	31%	30731	5%	33072	40%
21222	67%	26320	20%	30740	25%	33073	40%
21310	36%	26321	28%	30750	15%	33074	44%
21311	55%	26322	30%	30751	15%	33076	49%
21320	48%	26323	32%	30760	15%	33080	49%
21321	48%	26324	28%	30791	37%	33081	54%
21330	100%	26325	26%	30900	46%	33090	22%
22210	66%	26330	45%	30901	16%	33091	50%
22211	68%	26340	23%	30920	100%	33092	50%
22212	66%	26341	45%	30922	100%	34210	17%
22220	67%	26350	55%	30924	100%	34211	25%
22221	67%	26351	36%	31920	33%	34212	17%
22222	49%	26352	28%	33000	51%	34220	19%
23210	67%	27210	66%	33001	46%	34221	24%
23211	65%	27211	67%	33002	50%	34222	33%
23212	68%	27212	67%	33010	50%	34223	23%
23214	65%	27320	23%	33011	49%	34230	16%
23220	67%	27321	34%	33012	50%	34231	17%
24210	68%	27322	18%	33020	32%	34232	17%
24211	68%	27323	66%	33021	37%	34233	17%
24212	68%	27324	39%	33022	36%	34234	25%
25210	63%	27330	30%	33023	32%	34235	19%
25211	63%	27331	33%	33030	33%	34236	23%
25213	67%	30200	57%	33031	33%	34237	17%
25214	67%	30201	60%	33040	48%	34240	22%
25330	15%	30501	33%	33041	37%	34241	20%

GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen	GOP	Anteil ärztliche Leistungen
34242	15%	34290	3%	34421	11%	35113	67%
34243	19%	34291	45%	34422	11%	35120	67%
34244	17%	34292	45%	34430	11%	35130	68%
34245	12%	34293	26%	34431	10%	35131	67%
34246	18%	34294	27%	34440	11%	35140	68%
34247	22%	34295	23%	34441	11%	35141	67%
34248	19%	34296	21%	34442	11%	35142	65%
34250	15%	34297	16%	34450	11%	35150	59%
34251	23%	34310	13%	34451	11%	35200	45%
34252	23%	34311	11%	34452	18%	35201	45%
34255	15%	34312	20%	34460	4%	35202	37%
34256	21%	34320	13%	34470	10%	35203	37%
34257	21%	34321	15%	34475	10%	35210	45%
34260	20%	34322	15%	34480	10%	35211	37%
34270	16%	34330	17%	34485	10%	35220	45%
34271	13%	34340	19%	34486	10%	35221	45%
34272	13%	34341	19%	34489	10%	35222	37%
34273	29%	34342	19%	34490	10%	35223	37%
34274	9%	34343	16%	34492	10%	35224	39%
34280	30%	34344	18%	34500	15%	35225	39%
34281	30%	34345	22%	34501	20%	35300	43%
34282	30%	34350	14%	34502	16%	35301	43%
34283	45%	34351	14%	34600	27%	35302	66%
34284	45%	34360	8%	35100	68%	35303	55%
34285	45%	34410	11%	35110	68%	35304	55%
34286	45%	34411	11%	35111	68%		
34287	45%	34420	11%	35112	68%		

