

Vereinbarung zur Festlegung der Honorarverteilung

im 3. und 4. Quartal 2010

in der Fassung des

2. Nachtrages zur Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung u. a.

mit Wirkung für das 3. und 4. Quartal 2010

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN



Kurzinformation über wesentliche Änderungen der Honorarverteilung mit Wirkung für das 3. und 4. Quartal 2010

Aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zur Honorarverteilung mit Wirkung ab 1. Juli 2010 haben die Verbände der Krankenkassen in Sachsen und die KV Sachsen die im folgenden erläuterten wesentlichen Änderungen der Vereinbarung zur Festlegung der Honorarverteilung (Teil 5 der Vereinbarung zur Festlegung des Regionalpunktwertes u. a.) mit Wirkung ab 1. Juli 2010 vereinbart:

1. Die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V erfolgt unquotiert nach der Gebührenordnung (**§ 3 Abs. 2, 1. Ordnungspunkt**).

Die Erläuterung der weiteren differenzierten Festlegung des Bewertungsausschusses zur Vergütung im Bereich der Psychotherapie erfolgt unter Punkt 9.

2. Die Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes erfolgt unquotiert nach der Gebührenordnung (**§ 3 Abs. 2, 2. Ordnungspunkt**).
3. Für die Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM wird ein bestimmter Vorwegabzug entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses gebildet. Für den Fall, dass die Mittel zur Honorierung nach den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, erfolgt eine quotierte Vergütung.

Die GOP 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kap. 32 EBM wird immer zu den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung aus diesem Vorwegabzug vergütet (**§ 3 Abs. 3**).

4. Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden zu den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung vergütet (**§ 5 Abs. 3 und § 6 Abs. 4**).
5. Für die Vergütung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag wird ein Vorwegabzug entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses gebildet. Für den Fall, dass die Mittel zur Honorierung nach den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, erfolgt eine quotierte Vergütung (**§ 5 Abs. 4 und § 6 Abs. 3**).

6. Die Vergütung von Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL) sowie Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM erfolgt als Vorwegabzug aus den Mitteln der einzelnen Vergleichsgruppe. Für den Fall, dass die Mittel zur Honorierung nach den Preisen der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, erfolgt eine quotierte Vergütung. Es gilt eine Mindestquote von 95 % (**§ 7 Abs. 3**).
7. Entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses werden im Quartal III/2010 erstmals qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet, welche die Regelleistungsvolumina ergänzen. Sofern das in einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. QZV wurden insbesondere für diejenigen Leistungen gebildet, welche bis zum Quartal II/2010 außerhalb der RLV vergütet wurden.

Die QZV sind je Leistungsfall zu berechnen und zuzuweisen. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskataloges des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Ein QZV berechnet sich aus der Formel „Leistungsfälle im Vorjahresquartal x QZV-Fallwert“.

Eine Auflistung der QZV und der betroffenen Leistungen ist Anlage 8 zu entnehmen. Die Fallwerte der QZV sind in der Vereinbarung zur Honorarverteilung nicht enthalten, da sie im Vorfeld jedes Quartals neu berechnet werden müssen. Die Höhe der QZV wird vor Beginn des jeweiligen Leistungsquartals den betroffenen Ärzten mitgeteilt (**§ 8, § 10 und Anlage 8**).

8. Ärzte und andere Leistungserbringer ohne RLV, also
 - 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,

werden aus analog den für Ärzte mit RLV gebildeten Verteilungsvolumina honoriert. Im Quartal III/2010 gilt die im Quartal II/2010 angewandte Quote als Höchstquote. Diese wird schrittweise im Rahmen einer Konvergenzphase bis zum Quartal I/2012 aufgehoben (**§ 8 Abs. 3 und Anlage 2c**).

9. Vergütungen im Bereich der Psychotherapie

Die Vergütung im Bereich der psychotherapeutischen Leistungserbringung wurde vom Bewertungsausschuss äußerst differenziert gestaltet und richtet sich nach folgender Aufstellung:

1. antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von
 - a) Psychologischen Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Ärzten für Psychotherapeutische Medizin
Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten
unquotiert nach Gebührenordnung, zeitbezogene Kapazitätsgrenzen
 - b) Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
Fachärzten für Nervenheilkunde,
unquotiert nach Gebührenordnung, keine zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen
 - c) Fachärzten, die nicht in Punkt a) oder b) genannt sind (z. B. Allgemeinmediziner mit Leistungsanteil Psychotherapie unter 90 %)
Vergütung aus entsprechendem RLV-Verteilungsvolumen im Rahmen von QZV

2. Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von
 - a) Psychologischen Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Ärzten für Psychotherapeutische Medizin
Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten
quotiert nach Gebührenordnung, zeitbezogene Kapazitätsgrenzen
Mindestquote für probatorische Sitzungen: 75 % (Stand Quartal II/2010)
Aufgrund einer Konvergenzregelung Erhöhung der Mindestquote ab dem Quartal IV/2010 um je 4 Prozentpunkte, Erreichung der 100 %-Mindestquote im Quartal I/2012
Mindestquote für übrige Leistungen: 50 % (Stand Quartal II/2010)
Aufgrund einer Konvergenzregelung Erhöhung der Mindestquote ab dem Quartal IV/2010 um je 8 Prozentpunkte, Erreichung der 100 %-Höchstquote im Quartal I/2012
Sofern sich höhere rechnerische Quoten ergeben als die definierten Mindestquoten ist zunächst sicherzustellen, dass in beiden Fonds die Mindestquoten gezahlt werden können.
Werden darüber hinaus Mittel benötigt, um die Mindestquoten sicherzustellen, sind diese vorrangig aus dem Vorwegabzug für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen zu entnehmen.
 - b) Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
Fachärzten für Nervenheilkunde,
Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie
Vergütung aus dem jeweiligen RLV Verteilungsvolumen im Rahmen von QZV

- c) Fachärzten, die nicht in Punkt a) oder b) genannt sind (z. B. Allgemeinmediziner mit Leistungsanteil Psychotherapie unter 90 %)

Vergütung aus entsprechendem RLV-Verteilungsvolumen im Rahmen von QZV

(§ 3 Abs. 2 1. Ordnungspunkt, § 12, § 12a, Anlage 2b)

10. Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung

Ab dem Quartal III/2011 wird für Ärzte mit RLV eine Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung angewandt. Praxen mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen können grundsätzlich bis zur Durchschnitts-Fallzahl der Vergleichsgruppe wachsen, das Wachstum von Praxen mit überdurchschnittlichen Fallzahlen wird auf 20 % der Durchschnitts-Fallzahl der Vergleichsgruppe begrenzt.

Verglichen wird ab dem Quartal III/2011 mit dem jeweiligen Vorjahresquartal, mithin stellt das Quartal III/2010 das erste Basisquartal zur Bemessung der Fallzahlzuwachs-begrenzungsregelung dar (§ 9 Abs. 3)

Präambel

- (1) Zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 Teil F zur Ersetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 geändert durch die Beschlüsse der 215. und 219. Sitzung mit Wirkung zum 1. Juli 2010 (nachfolgend: Beschlussteil F) vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen als Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis 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 SGB V ab dem 1. Juli 2010 mit Wirkung für das 3. bis 4. Quartal 2010 folgende Honorarverteilungsregelungen.

§ 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 Jugendlichenpsychotherapeuten 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 Umsetzungsbestimmungen 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.
- (7) Die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) bei Beitritt von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V erfolgt gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 i. V. m. der schriftlichen Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 224. Sitzung. Die Bereinigung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) erfolgt gemäß Punkt 3 der Anlage 8 zum Beschlussteil F.

§ 2

Zusammensetzung der Gesamtvergütungen

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

§ 3

Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) 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 Tabelle 1 zu dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.
- (2) Die Bildung der Vorwegabzüge für
- die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V
 - die Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes gemäß

Anlage 4 Tabelle 1 zu dieser Vereinbarung richtet sich nach den Berechnungsvorschriften des Beschlusstils F Punkte 2.4 und 2.5.2 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1.

Sofern diese Vorwegabzüge der davon betroffenen Leistungen nicht für die Honorierung aller Leistungen nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreichen, werden die fehlenden Mittel durch die versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge entnommen. Überschüsse und Defizite im Vorwegabzug zur Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V werden zunächst dem gem. § 7 Abs. 1 der Vergleichsgruppen gem. Anlage 2b gebildeten Fonds für nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zugeführt.

- (3) Die Bildung des Vorwegabzuges für die Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM erfolgt gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.1 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1.

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

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

- (4) Es wird ein Vorwegabzug für den Anteil der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach GKV-OrgWG gemäß Beschlussteil F Anlage 4 Anhang 1 Schritt 20 gebildet. Der auf die Förderung psychotherapeutischer Leistungen entfallende Anteil ist gemäß Beschlussteil F Anlage 4 Anhang 1 Schritt 17 im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung enthalten und wird gesondert in Anlage 4 Tabelle 1 dieser Vereinbarung ausgewiesen.
- (5) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal III/2010 sowie Forderungen für ab dem Quartal III/2010 vergüteter Quartale für Leistungen, die vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betrifft.
- (6) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen verwendet.

§ 4
**Aufteilung des trennungsrelevanten
versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens
auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich**

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

§ 5
**Verteilungsvolumen
des hausärztlichen Versorgungsbereiches**

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 2A dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.
- (2) Rückstellungen gemäß Beschlussteil G i. V. m. Anlage 4 Tabelle 2A dieser Vereinbarung werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt.
- (3) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
- (4) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag wird gemäß Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges ergibt sich aus dem Behandlungsbedarf 2008 inkl. der festgelegten Faktoren (Veränderungsraten 2009 und 2010 sowie HVV-Quote 2010) für diese Leistungen, bewertet mit dem Regionalpunktwert 2010. Sofern die Mittel für die Honorierung dieser Leistungen des Vorwegabzuges nach der SGO nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens des Vorwegabzuges und der abgerechneten Leistungsmenge.
- (5) Der Vorwegabzug für Aufschläge von Berufsausübungsgemeinschaften wird wie folgt kalkuliert:

Fallzahl Berufsausübungsgemeinschaften je Vergleichsgruppe x rechnerischer Fallwert vor diesem Vorwegabzug, davon 10 % zuzüglich der benötigten Finanzmittel aus § 17.
- (6) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % gemäß Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet.

- (7) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal III/2010 sowie Forderungen für ab dem Quartal III/2010 vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.
- (8) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Hausärzten für Leistungen innerhalb der MGV werden dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.
- (9) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 6

Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 2B zu dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.
- (2) Rückstellungen gemäß Beschlussteil G werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt
- (3) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag wird gemäß Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges ergibt sich aus dem Behandlungsbedarf 2008 inkl. der festgelegten Faktoren (Veränderungsraten 2009 und 2010 sowie HVV-Quote 2010) für diese Leistungen, bewertet mit dem Regionalpunktwert 2010. Sofern die Mittel für die Honorierung dieser Leistungen des Vorwegabzuges nach der SGO nicht ausreichen, werden die Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis ergibt sich aus der Division des Finanzvolumens des Vorwegabzuges und der abgerechneten Leistungsmenge.
- (4) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
- (5) Der Vorwegabzug für Aufschläge von Berufsausübungsgemeinschaften wird wie folgt kalkuliert:

Fallzahl Berufsausübungsgemeinschaften je Vergleichsgruppe x rechnerischer Fallwert vor diesem Vorwegabzug, davon 10 % zuzüglich der benötigten Finanzmittel aus § 17.
- (6) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % gemäß Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet.
- (7) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal III/2010 sowie Forderungen für ab dem Quartal III/2010

vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.

- (8) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches für Leistungen innerhalb der MGV werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.
- (9) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 7

Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

- (1) Die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden gemäß Beschlussteil F Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Vergleichsgruppen gemäß Anlagen 2a bis 2c dieser Vereinbarung aufgeteilt. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.
- (2) Die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden gemäß Beschlussteil F Anlage 6 auf die nachfolgend vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche entsprechend des Leistungsbedarfes für die im Folgenden genannten Vergütungsbereiche im Jahr 2008, gemessen am Gesamtleistungsbedarf aller Vergütungsbereiche im Jahr 2008, aufgeteilt:
 - a) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen,
 - b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
 - c) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV
- (3) Besonders förderungswürdige Leistungen nach Abs. 2 sind:
 - a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL)
 - b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM

Die Honorierung der besonders förderungswürdigen Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 95 % der Preise aus der SGO. Wird diese Interventionsquote unterschritten, werden die Fehlbeträge aus dem Vorwegabzug „Fehlschätzungen“ gem. § 6 Abs. 2 ausgeglichen. Restmittel werden dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe im nächst erreichbaren Quartal zugeführt.

- (4) Der Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV ist aufgrund des Beitritts von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 i. V. m. der schriftlichen Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 224. Sitzung zu bereinigen.

§ 8

Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

- (1) Ärzte gemäß Anlage 2a zu dieser Vereinbarung unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV und ggf. QZV.

(2) Ärzte gemäß Anlage 2b zu dieser Vereinbarung unterliegen der Leistungssteuerung nach zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

(3) Ärzte gemäß Anlage 2c zu dieser Vereinbarung unterliegen folgender Leistungssteuerung:

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

Im Rahmen einer Konvergenzregelung gelten im III. Quartal 2010 die im II. Quartal 2010 zur Auszahlung gelangten Quoten der jeweiligen Vergleichsgruppe als Maximalquote. Diese Maximalquoten werden bis zum IV. Quartal 2011 je Quartal zu gleichen Teilen erhöht. Ab dem I. Quartal 2012 wird diese Konvergenzregelung aufgehoben. Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung dieser Konvergenzregelung begründet sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

(4) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1 – 3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.

(5) Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1 – 3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.

(6) Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.

(7) Wird eine neue Tätigkeit in einem weiteren Praxissitz aufgenommen, welche mit einer Erhöhung des Tätigkeitsumfanges verbunden ist, können das RLV und ggf. die QZV dieser Vertragsärzte im Umfang der Erhöhung der Tätigkeit angepasst werden. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen.

(8) Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

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

Sofern das in einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.

- (10) Überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden versorgungsbereichsspezifisch mit abgestaffelten Preisen vergütet. Diese ergeben sich als Quotient aus den versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen in Höhe von 2 % dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV- und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen übersteigenden Vergütungen nach der jeweils gültigen sächsischen Gebührenordnung. Die so ermittelte Quote wird mit den versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV- und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen übersteigenden Vergütungen nach der sächsischen Gebührenordnung multipliziert. Dabei darf die maximale Quote jeweils 99 % betragen.
- (11) Von der Bildung der RLV und QZV werden die Leistungen gemäß Teil 3 § 4 i. V. m. Anlage 1 zur Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. und der §§ 3 bis 6, § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 3 zu dieser Vereinbarung ausgenommen.

(12) Antragsrecht des Leistungserbringers zur Anpassung des RLV/QZV

Bei Vorliegen der u. g. Umstände können auf Antrag des Arztes Leistungen über das arzt/praxisbezogene RLV und QZV hinaus 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 und QZV finden sich in Anlage 3.

(13) Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Vergleichsgruppe (unter Berücksichtigung der Über- bzw. Unterschreitung der QZV-Fallwerte) vorliegt. Das Verfahren regelt die Durchführungsbestimmung.

(14) Änderung der RLV/QZV von Amts wegen

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

(15) Anpassung der RLV/QZV aus sonstigen Gründen

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

§ 9

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Bestimmung der RLV

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

(2) RLV-relevante Fälle

Bei der Bestimmung der RLV bestimmt sich die Fallzahl nach RLV-relevanten Fallzahlen. Für RLV relevante Fälle (nachfolgend: RLV-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 – sofern entsprechende Vorwegabzüge gebildet wurden – und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Teil 3 § 4 i. V. m. Anlage 1 zur Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. und der §§ 3 bis 6 zu dieser Vereinbarung nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

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

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

(3) Fallzahlbegrenzungsregelung

Ab III/2010 erhält jeder Vertragsarzt der Anlage 2a mit dem RLV-Bescheid einen Hinweis auf die ab III/2011 geltende Begrenzung der RLV-Fallzahl.

Für die Umsetzung gelten folgende Zuwachsregelungen:

- a) **Ärzte mit unterdurchschnittlichen RLV-Fallzahlen**
Ärzte, die im Vergleich zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl/Vertragsarzt ihrer Vergleichsgruppe eine geringere RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal erbracht haben, können ihre RLV-Fallzahlen grundsätzlich bis zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl/Vertragsarzt der Vergleichsgruppe steigern. Wenn die Steigerung der RLV-Fallzahl bis zum Vergleichsgruppendurchschnitt geringer ist als 20 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl/Vertragsarzt der Vergleichsgruppe, dann kann der Vertragsarzt seine Fallzahlen um bis zu 20 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Vergleichsgruppe steigern.
- b) **Ärzte mit RLV-Fallzahlen in Höhe des Vergleichsgruppendurchschnitts oder höher**
Ärzte, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal mindestens der RLV-Fallzahl/Vertragsarzt ihrer Vergleichsgruppe entspricht, können ihre RLV-Fallzahl um 20 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl/Vertragsarzt ihrer Vergleichsgruppe steigern, wobei die Regelungen nach Absatz 4 gelten.
- c) **Jungärzte**
Jungärzte, welche noch keine vier Quartale an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können Fälle bis max. 150 % der durchschnittlichen Fallzahl/Vertragsarzt ihrer Vergleichsgruppe erbringen. Nach Vorlage von vier Abrechnungsquartalen gelten die Regelungen nach a) bzw. b).

Sollte die durchschnittliche Fallzahl/Vertragsarzt einer Vergleichsgruppe im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um mindestens 10 % gesunken sein, wird der rechnerisch ermittelte RLV-Fallwert dieser Vergleichsgruppe im gleichen Quartal des Folgejahres um 10 % gemindert. Das finanzielle Volumen der RLV-Fallwertabsenkung steht für die Honorierung der RLV der Ärzte zur Verfügung, welche ihre RLV-Fallzahl nicht im entsprechenden Umfang abgesenkt haben. Diese Ärzte dieser Vergleichsgruppe sind von der o. g. RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen.

(4) RLV-Fallwert

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 7 zu dieser Vereinbarung.

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.

(5) Bildungsvorschriften zum RLV

Die RLV werden je Arzt ermittelt.

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

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

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

- 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.

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

(6) Praxen mit Jungärzten

Jungärzte sind Ärzte, welche im Vorjahresquartal 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 RLV pro Quartal zugewiesen, das sich aus dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe und erreichter RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals bildet. Sollte eine höhere RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal erreicht werden, ergibt diese multipliziert mit dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe das aktuelle RLV des Jungarztes.

Dabei wird die RLV-Fallzahl des Jungarztes in einer Arztpraxis wie folgt berücksichtigt:

- a) Ermittlung der RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der RLV-Fallzahl der Praxis im entsprechenden Vorjahresquartal. Sofern die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal geringer ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal, wird das RLV mit der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals berechnet und nach Arztfallzahlen aufgeteilt.

- b) Sofern die RLV-Fallzahl 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 RLV-Fallzahl 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 RLV-Fallzahl gegenübergestellt. Ist der Zuwachs der Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis höher als der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis werden die zusätzlichen RLV-Fallzahlen 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 RLV-Fallzahl 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 RLV-Fallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale vorliegen, ist auf Antrag des Arztes eine Steigerung auf die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale möglich.

§ 10 **Leistungssteuerung auf der Grundlage von** **qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

(1) Bestimmung der QZV

Gemäß Anlage 8 zu dieser Vereinbarung werden für die in Anlagen 2a zu dieser Vereinbarung genannten Vergleichsgruppen QZV's gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich gemäß Anlage 6 Punkt 2 Beschlussteil F.

(2) QZV-relevante Fälle

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

(3) QZV-Fallwert

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

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

(4) Bildungsvorschriften zum QZV

Die QZV werden je Arzt ermittelt, wenn er die Voraussetzungen gemäß Punkt 3.3 Beschlusstil F erfüllt.

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

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

Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen.

(5) Jungarztregelung bzw. Erwerb von neuen Berechtigungen

Für Altärzte, die eine Berechtigung zur Erbringung von Leistungen aus einem QZV neu erlangt haben, besteht ein Antragsrecht auf Zuweisung eines QZV. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen. Gleiches gilt für QZV-Leistungen, die keiner Berechtigung bedürfen und im aktuellen Quartal erstmals erbracht werden.

Für die Bemessung der QZV für Jungärzte gilt die Regelung analog zu § 9 Abs. 6, wobei die RLV-Fallzahl der QZV-Leistungsfallzahl entspricht.

(6) Bereinigung QZV

Die QZV's sind aufgrund des Beitritts von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V gemäß Beschlusstil F Anlage 8 Punkt 3 zu bereinigen.

§ 11

Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

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

§ 12

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten

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

antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.

- (2) Für Ärzte nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM nach den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 zu dieser Vereinbarung vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.
- (3) Für Ärzte der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung, die in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht genannt sind, werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.
- (4) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c zu dieser Vereinbarung werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Honorarfonds der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung § 8 Abs. 3 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

§ 12a

Konvergenzregelung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen von Leistungserbringern nach Anlage 2b

- (1) Abweichend von § 12 Abs. 1 werden für die Vergleichsgruppe der in Anlage 2b genannten Leistungserbringer im Rahmen einer Konvergenzregelung gem. II Nr. 1 Abs. 2 des Beschlusses Teil F zwei Mindestquoten für probatorische Sitzungen und für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen definiert, welche von den im aktuellen Quartal errechneten Quoten nicht unterschritten werden dürfen.
- (2) Die Mindestquote für probatorische Sitzungen wird für das Quartal III/2010 auf 75 % festgelegt und in den Folgequartalen bis einschließlich IV/2011 um jeweils 4 % erhöht.
- (3) Die Mindestquote für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wird für das Quartal III/2010 auf 50 % festgelegt und in den Folgequartalen bis einschließlich IV/2011 um jeweils 8 % erhöht.
- (4) Sofern sich höhere rechnerische Quoten ergeben als die definierten Mindestquoten ist zunächst sicherzustellen, dass in beiden Fonds die Mindestquoten gezahlt werden können. Werden darüber hinaus Mittel benötigt, um die Mindestquoten sicherzustellen, sind diese aus dem Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehlschätzungen zu entnehmen.
- (5) Ab dem Quartal I/2012 wird diese Konvergenz aufgehoben.

- (6) Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei.
- (7) Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 13

Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung

(1) Angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten

Die Regelungen zur Bildung der RLV/QZV gelten auch für angestellte Ärzte mit Ausnahme der gemäß Nr. 23i der Bedarfsplanungsrichtlinien Leistungsbeschränkungen unterliegenden angestellten Ärzte. Für diese gelten die Vorschriften des Absatzes 2.

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

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

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

Nach Erlöschen der Leistungsbeschränkungen aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten für den hinzugetretenen Arzt die Regelungen des § 9 Abs. 6 und § 10 Abs. 5.

§ 14

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Sofern die Regelungen des § 8 Abs. 12 oder 13 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 LVSK werden über die Entscheidungen kurzfristig informiert. Das Verfahren wird von den Vertragspartnern in einer Durchführungsbestimmung geregelt.

§ 15

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV) Konvergenzregelung

- (1) Die gemäß § 9 Abs. 4 i. V. m. Anlage 7 zu dieser Vereinbarung gebildeten vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwerte unter Berücksichtigung der Fallzahlbegrenzungsregelungen gemäß § 9 Abs. 3 unterliegen zur Umsetzung der vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzphase den nachfolgend festgesetzten Maßgaben.
- (2) Für das jeweilige Quartal – beginnend mit dem 3. Quartal 2010 – wird 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) auf +/- 10 % der Durchschnittsentwicklung aller vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte – getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich – begrenzt. Bei der Ermittlung der vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte des Vergleichs quartals 2008 werden die Anpassungsfaktoren aus Anlage 5 Nr. 2 Beschluss teil F berücksichtigt.
- (3) Falls die aus der Anwendung der Regelungen des Absatzes 2 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 gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei.
- (5) Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenzphase seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 16

Schrittweise Aufhebung der Konvergenzregelung nach § 15

Die Auswirkungen der Konvergenzregelung nach § 15 werden schrittweise an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben wie folgt angepasst:

Ab dem Quartal IV/2010 wird im RLV-Bereich der Unterschied zwischen der sich aus der Anwendung der Konvergenzregelung nach § 15 ergebenden Honorierung und einer sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Honorierung festgestellt.

In Quartalsschritten wird eine Angleichung des Prozentwertes gem. § 15 Abs. 2 an die Beschlussfassung in Höhe von

- 10,5 % (Quartal IV/2010),
- 11,0 % (Quartal I/2011),
- 11,5 % (Quartal II/2011),
- 12,0 % (Quartal III/2011) und
- 12,5 % (Quartal IV/2011)

vorgenommen.

Ab dem Quartal I/2012 wird die Konvergenzregelung aufgehoben.

§ 17

Konvergenzregelung wegen des Wegfalls der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) für QZV-Leistungen

- (1) Bei der Festsetzung der Mittel für die RLV-Vergleichsgruppen wird der Wegfall von Zuschlägen für Berufsausübungsgemeinschaften für bisherige RLV-Leistungen, die ab dem Quartal III/2010 den QZV-Leistungen zugeordnet wurden, wie folgt berücksichtigt:

Schritt 1:

Ermittlung des Honorars aus dem Zuschlag auf das RLV für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG-Zuschlag) im Quartal III/2009 je Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft, sofern der RLV-Fallwert im Quartal III/2010 geringer ist als der RLV-Fallwert im Quartal III/2009.

Schritt 2:

Der BAG-Faktor des Arztes im Quartal II/2010 wird verglichen mit dem BAG-Faktor im aktuellen Quartal. Ist der BAG-Faktor des Arztes im aktuellen Quartal kleiner als im Quartal II/2010 wird das in Schritt 1 ermittelte Honorar mit folgender Quote multipliziert:

$$\text{Quote 1} = \frac{\text{BAG-Faktor}_{\text{aktuelles Quartal}} - 1}{\text{BAG-Faktor}_{\text{II/2010}} - 1}$$

Schritt 3:

Das Ergebnis aus Schritt 1 nach ggf. erforderlicher Quotierung gemäß Schritt 2 wird multipliziert mit folgender Formel:

$$\text{Quote 2} = 1 - \frac{\text{RLV-Fallwert}_{\text{aktuelles Quartal}}^{\text{VGR}}}{\text{RLV-Fallwert}_{\text{Vorjahresquartal}}^{\text{VGR}}}$$

Hierbei gilt als Bedingung, dass die entsprechende Multiplikation nur dann erfolgt, wenn die Quote 2 größer Null ist.

Schritt 4:

Der sich nach Schritt 3 ergebende Betrag wird einem Schwellwert gegenübergestellt, wird dieser unterschritten gilt diese Konvergenzregelung für den betroffenen Arzt nicht. Der Schwellwert beträgt 250 Euro pro Arzt in der BAG.

Schritt 5:

Für die nach Schritt 4 verbleibenden Ärzte wird im Quartal III/2010 ein BAG-Zuschlag, analog der in § 9 Abs. 5 beschriebenen Regelungen, über das Honorar der QZV ermittelt, die vor dem 1. Juli 2010 RLV-relevante Leistungen waren. Erhöht sich der BAG-Faktor des Arztes im Quartal III/2010 im Vergleich zu dem im Quartal II/2010, so gilt der in Quartal II/2010.

Schritt 6:

Der in Schritt 5 ermittelte BAG-Zuschlag wird im Rahmen dieser Konvergenzregelung festgeschrieben und wird ab dem IV. Quartal 2010 wie folgt weiterentwickelt:

- a) Sinkt der BAG-Faktor während des Zeitraums der Konvergenz, wird der BAG-Zuschlag mit folgender Quote multipliziert:

$$\text{Quote 3} = \frac{\text{BAG-Faktor}_{\text{aktuelles Quartal}} - 1}{\text{BAG-Faktor}_{\text{gemäß Schritt 5}} - 1}$$

- b) Wichtung am zugewiesenen QZV-Volumen pro Praxis des Quartals III/2010: Unterschreitet das zugewiesene QZV-Volumen der auf das Quartal III/2010 folgenden Quartale das des Quartals III/2010, wird der festgeschriebene BAG-Zuschlag aus dieser Konvergenzregelung um die Relation zwischen zugewiesenen QZV-Volumen im betroffenen Quartal und QZV-Volumen III/2010 gemindert.
 - c) Das Ergebnis unter Berücksichtigung der Schritte 6a) und 6b) wird danach mit dem Konvergenzfaktor multipliziert. Dieser ist im Quartal III/2010 100 % und wird beginnend mit dem Quartal IV/2010 um jeweils 16,66 % vermindert. Ab dem Quartal I/2012 wird die Konvergenzregelung aufgehoben, sofern der über diese Regelung zugewiesene Betrag einen Wert von 100,- EUR unterschreitet, endet die Konvergenzregelung für den betroffenen Arzt ab diesen Quartal.
- (2) Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung dieser Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 18

Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung

- (1) Die KV Sachsen strebt mit den vereinbarten Konvergenzregelungen gemäß §§ 8 Abs. 3, 12a, 15 und 17 zu dieser Vereinbarung 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.

§ 19

Verteilung der nicht vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Im Falle eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund des Beschlusses Teil E Punkt 2.1 verständigen sich die Vertragspartner über die Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel.

- (2) Bezüglich des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen werden die gekennzeichneten zusätzlichen Leistungen gemäß Teil 3 § 3 der Vereinbarung zur Feststellung der sächsischen Gebührenordnung u. a. vergütet.
- (3) Zusätzlich entstehende RLV-/QZV-relevante Fälle und Behandlungsbedarf gemäß Abs. 1 und 2 werden nicht basisrelevant.

§ 20 Beobachtungspflicht

Die Vertragspartner werden die Höhe der RLV-Fallwerte des Quartals III/2010 bis zum 20.07.2010 prüfen und im Falle des Unterschreitens von vergleichsgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen geeignete Maßnahmen für die Neufestsetzung der RLV-Fallwerte ab IV/2010 bis zum 31.08.2010 vereinbaren. Die vergleichsgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen werden von der KV Sachsen nach der SGO (Stand: 01.07.2010) ermittelt, welche mit den RLV-relevanten Fälle, einschließlich Überweisungs- und Vertretungsfälle, sowie nach Altersklassen gewichtet werden, so dass je Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a eine Versicherten- bzw. Grundpauschale für den Vergleich mit dem RLV-Fallwert maßgebend wird. Zuschläge für Gemeinschaftspraxen werden sowohl bei den Werten für die Versicherten- und Grundpauschalen gemäß SGO sowie im RLV-Fallwert nicht berücksichtigt.

§ 21 Datenlieferungen

Art und Umfang der Datenlieferungen zwischen der KV Sachsen und den LVSK sind in Anlage 6 zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 22 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2010 mit Wirkung für das 3. und 4. Quartal 2010 in Kraft. Regelungen, die das Jahr 2011 betreffen, werden in die Vereinbarung Teil 5 für 2011 übernommen, sofern keine gesetzliche Änderung bzw. neue Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses dem entgegenstehen.

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 Bedarfsplannungsrichtlinien,
- c) niedergelassenen Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- d) niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 2a zu Teil 5

Ärzte mit RLV

Vergleichsgruppe	Bezeichnung
	Hausärztlicher Versorgungsbereich
001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
004	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
005	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die, gemessen am RLV-relevanten Leistungsbedarf, mehr als 30% Leistungen aus Kapitel 4.4.1 EBM abrechnen
	Fachärztlicher Versorgungsbereich
007	Fachärzte für Anästhesiologie
008	Fachärzte für Augenheilkunde
009	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
010	Fachärzte für Frauenheilkunde
012	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
013	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
014	Fachärzte für Humangenetik
015	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
016	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie
017	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie
018	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
019	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
020	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie
024	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
025	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
026	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
027	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
028	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) 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 und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ➔

Vergleichsgruppe	Bezeichnung
	Fachärztlicher Versorgungsbereich
036	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie
047	Fachärzte für Urologie
048	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
049	schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704

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

Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

Anlage 2b 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 und der QZV

Antragsrecht des Arztes zur Ausnahme von der Abstufelung

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 RLV/QZV hinaus gehenden Leistungen abweichend honoriert werden, sofern dem zu vertretenden Arzt ein eigenes RLV/QZV 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 RLV/QZV abweichend gebildet werden. Hierzu zählen z. B. längere Krankheit des Arztes, Mutterschutz, Elternzeit und vorübergehende, vom Arzt unverschuldete Praxis-schließungen.

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

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

Anlage 4 zu Teil 5

Rückstellungen

Anlage 4 zu Teil 5	
Tabelle 1: Vorwegabzüge vor Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
Vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)	
Abzug für die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten	
Abzug der Erhöhung nach GKV-OrgWG (0,1722%)	
Abzug für die Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320)	
Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	
Abzug für die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	
Abzug für die Vergütung von Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes	
Abzug der Teilvergütung Beschlussteil B Nr. 3.3	
Abzug für den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem III. Quartal 2010 sowie Forderungen für ab III. Quartal 2010 vergüteter Quartale Leistungen, die vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betreffen	
= Trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen	
Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent	
Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent	
Vorläufiges RLV-Verteilungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich	
Vorläufiges RLV-Verteilungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich	

Anlage 4 zu Teil 5	
Tabelle 2A: Vorwegabzüge/Zuführungen im hausärztlichen Versorgungsbereiche	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde glegte Werte
	EUR
1	2
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 zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Übergangsvereinbarung für Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	
FKZ-Saldo	
Pathologische Leistungen des Kap. 19 bei Überweisungsfällen zur Durchführung von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag	
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM	
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	
2% des Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen	
Rückstellungen zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag	
Zum Ausgleich von Forderungen aus Vorquartalen innerhalb des Versorgungsbereichs	
Zuführung für Honorarkürzungen gem. § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V	
Regionale Abzüge	
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich	
Hausärztliches Verteilungsvolumen	
Angefordertes Verteilungsvolumen im RLV und QZV	
Abstaffelungsquote	

Anlage 4 zu Teil 5	
Tabelle 2B: Vorwegabzüge/Zuführungen im fachärztlichen Versorgungsbereiche	
Quartal .../2010	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
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 zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Übergangsvereinbarung für Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	
FKZ-Saldo	
Pathologische Leistungen des Kap. 19 bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchung sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag	
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM	
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	
2 % des vorläufigen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen	
Zum Ausgleich von Forderungen aus Vorquartalen innerhalb des Versorgungsbereichs	
Zuführung für Honorarkürzungen gem. § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V	
Regionale Abzüge	
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich	
Zuführung der Erhöhung nach GKV-Organisationsverordnung (Beschlussteil B Nr. 3.3 i. V. m. F Nr. 3.1)	
Fachärztliches Verteilungsvolumen	
Angefordertes Verteilungsvolumen im RLV und QZV	
Abstaffelungsquote	

Anlage 5 zu Teil 5

Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit

nicht besetzt

Anlage 6 zu Teil 5

Datenlieferungen

Datenlieferungen zu §§ 8 Abs. 3, 9, 10 und 12 dieser Vereinbarung

(Mitteilung über die vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche und RLV-/QZV-Daten)

Gemäß Beschlussteil F III. werden die vorgegebenen Daten den LVSK zu den genannten Terminen im csv-Format übermittelt.

Datenlieferungen zu §§ 8 Abs. 3, 12a und 15 bis 17 dieser Vereinbarung

(Mitteilung über die Konvergenzen)

Gemäß Beschlussteil F II. Punkt 6 werden die vorgegebenen Daten den LVSK zu den genannten Terminen im csv-Format übermittelt.

Datenlieferungen zu § 8 Abs. 12 – 15 und § 14 dieser Vereinbarung

(Mitteilung über Einzelfallentscheidungen)

Regelung in den Durchführungsbestimmungen

Datenlieferungen zu § 19 der Vereinbarung

(Mitteilung über Honorierungen im Zusammenhang mit einem unvorhergesehenen Morbiditätsanstieg)

Abstimmung bei Bedarf

Information der Zuweisung und Verwendung der Regelleistungsvolumen durch die KV Sachsen (Datenlieferung auf Grundlage der Anlage 9 Teil F des Beschlusses)

Datenlieferung der Tabellen 1, 2A und 2B entsprechend den Vorgaben in Anlage 4 zusätzlich mit tatsächlichen Werten nach Quartalsabschluss.

Die Einteilung der Vergleichsgruppen weicht auf Grund landesspezifischer Zuordnung von der Kennzeichnung des Beschlusses ab.

Anlage 6 zu Teil 5			
Tabelle 3A: Ermittlung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumens			
Quartal .../2010			
Vergleichsgruppen nach Anlage 2a	Kennzeichen*	Anteil der Vergleichsgruppe am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (LB_{VG}/LB_{VB})	Vergleichsgruppenspezifische Verteilungsvolumen
		Prozent	EUR
1	2	3	4

Die Einteilung der Vergleichsgruppen weicht auf Grund landesspezifischer Zuordnung von der Kennzeichnung des Beschlusses ab.

Anlage 6 zu Teil 5					
Tabelle 3B: Ermittlung der Vergütungsbereiche und Fallwerte					
Quartal .../2010					
Vergleichsgruppen nach Anlage 2a	Kennzeichen	RLV-Vergütungsbereich	Vergleichsgruppenspezifische Anzahl der RLV-Fälle	Fallwert der Vergleichsgruppe	QZV-Vergütungsbereich
		Prozent		EUR	EUR
1	2	3	4	5	6

Die Einteilung der Vergleichsgruppen weicht auf Grund landesspezifischer Zuordnung von der Kennzeichnung des Beschlusses ab.

Anlage 6 zu Teil 5 – Tabelle 4:									
Arzt- und praxisbezogene Information zur Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen									
Quartal .../2010									
Arztpraxis-Pseudonym <small>1)</small>	Anzahl der Ärzte	Vergleichsgruppenschlüssel Sachsen <small>2) 3) 5)</small>	Anzahl der RLV-Fälle im Vorjahresquartal <small>3)</small>	Zugewiesene RLV	Zugewiesene Volumen aus QZV	Summe aus RLV und QZV	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss		
				<small>4)</small>	<small>4)</small>		Anzahl der RLV-Fälle im aktuellen Quartal	Honorar innerhalb zugewiesener Summe aus RLV und QZV	Honorar zu abgestaffelten Preisen
				EUR	EUR	EUR		EUR	EUR
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 1) Das einer Arztpraxis zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten, sofern sich die Zusammensetzung der Arztpraxis nicht ändert.
- 2) Das Kennzeichen ist bei vergleichsgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften nicht anzugeben.
- 3) Die Angaben sind für Vergleichsgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmal nicht erforderlich.
- 4) Einzelfallentscheidungen können aufgrund der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und der Ausnahme der Abstaffelung vom Fallwert berücksichtigt worden sein.
- 5) Die Einteilung der Vergleichsgruppen weicht auf Grund landesspezifischer Zuordnung von der Kennzeichnung des Beschlusses ab.

Anlage 7 zu Teil 5

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen des Versorgungsbereiches (§ 7 Abs. 1)
2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens je Vergleichsgruppe gem. Teil F
3. Ermittlung der Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 9 Abs. 2 unter Berücksichtigung der Fallzahlbegrenzungsregelungen gemäß § 9 Abs. 3 (FZ Arzt)
4. Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
5. Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen gemäß § 9 Abs. 4

	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 gemäß Teil F, Anlage 7 unter Einbeziehung 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

Anlage 8 zu Teil 5

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
1	Akupunktur	30790, 30791
2	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
5	Betreuung psychisch Kranker	04433, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21232, 21233
6	Bronchoskopie	09315, 09316, 13662, 13663, 13664, 13670
7	Chirotherapie	30200, 30201
8	Computertomographie	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360
9	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
10	Dringende Besuche	01415
11	Elektroophthalmologie	06312
12	Ergometrie	03321, 04321, 13251, 27321
13	Fluoreszenzangiographie	06331
14	Gastroenterologie I	04511, 04513, 09317, 13400, 13401, 13402, 13411, 13412
15	Gastroenterologie II	04521, 13410, 13420
16	Humangenetik I	01839, 11310, 11311, 11312
17	Humangenetik II	11320, 11321, 11322
18	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
19	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26310, 26311, 26312, 26313, 26340
20	Interventionelle Maßnahmen	34500, 34501, 34502, 34503
21	Interventionelle Radiologie	34283, 34284, 34285, 34286, 34287
22	Invasive Kardiologie I	34291
23	Invasive Kardiologie II	34292
24	Kardiologie I	13545
25	Kardiologie II	13550
26	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
27	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
28	Kontaktlinsenanpassung	06341
29	Kontrolle Herzschrittmacher	04418, 13552

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
30	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
31	Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324, 13254, 27324
32	Langzeit-EKG	03322, 04322, 13252, 27322
33	Langzeit-EKG Auswertung	03241, 04241, 13253, 27323
34	Lumbalpunktion	02342
35	Magnet-Resonanz-Tomographie	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
36	Mamma-Stanzbiopsie	08320
37	MRT Mamma-Karzinom	34431
38	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
39	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
40	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
41	Nephrologische Leistungen	04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621
42	Neurologische Diagnostik I	04434, 04436, 04437, 04439, 14320, 14330, 14331, 16310, 16320, 16321, 16322, 21310, 21320, 21321, 27331
43	Neurologische Diagnostik II (LZ-EEG)	04435, 14321, 16311, 21311
44	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
45	Nuklearmedizinische Leistungen I	17371, 17372
46	Nuklearmedizinische Leistungen II	17310, 17320, 17333, 17341, 17370
47	Nuklearmedizinische Leistungen III	17311, 17321, 17331, 17340, 17350, 17351, 17362, 17373
48	Nuklearmedizinische Leistungen IV	17330, 17332, 17363
49	Nuklearmedizinische Leistungen V	17312, 17360, 17361
50	onkologische Betreuung	07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315
51	orthopäd. u. pädiatr. Rheumatologie	04550, 04551, 18320, 18700
52	Osteodensitometrie	34600
53	Otoakustische Emissionen	09324, 09327, 09340, 20324, 20327, 20340
54	pädiatrische Endokrinologie	04580
55	pädiatrische Pneumologie	04530, 04532, 04534
56	Phlebologie	30500, 30501

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
57	Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 20330, 20331, 20332, 20333
58	Phoniatrie, Pädaudiologie II	09335, 09336, 20335, 20336
59	Photodynamische Therapie	06332
60	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30431
61	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. I	01510, 01511, 01512
62	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. II	01520, 01530
63	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. III	01521, 01531
64	Proktologie	03331, 03332, 04331, 04332, 08333, 08334, 13257, 13260, 30600, 30601
65	Prostatabiopsie	26341
66	Psychosom. Grundvers., Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
67	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
68	Richtlinienpsychotherapie I (Probatorik)	35150
69	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
70	Schmerztherapeutische spez. Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
71	Schmerztherapeutische spez. Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708
72	Sonographie Auge	33000, 33001, 33002
73	Sonographie Gefäße	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
74	Sonographie Gesicht/Hals	33010, 33011, 33012
75	Sonographie Herz I	33020, 33021, 33022, 33023
76	Sonographie Herz II	33030, 33031
77	Sonographie Körper	33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081
78	Sonographie Zuschläge	33090, 33091, 33092
79	Soziotherapie	30810, 30811
80	Spirometrie	03330, 04330, 13255, 27330

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
81	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34290, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297
82	Ulcus cruris	02312, 02313, 02318, 02319
83	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611