KVS KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

in der Fassung vom 13. Mai 2020

mit Wirkung ab 1. Juli 2020

Lesefassung nach 2. schriftlichem Umlaufverfahren

Kurzinformation über wesentliche Änderungen des HVM

Die Vertreterversammlung hat in ihrer 76. Sitzung am 13. Mai 2020 folgende wesentliche Änderungen des HVM beschlossen:

1. Neue Basis für die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Facharztgruppen („Vergleichsgruppen“)

Die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Vergleichsgruppen wird im Folgequartal nach Aufhebung des epidemiologischen Notstands von nationaler Tragweite neu festgesetzt. Dieser neue Aufteilungsmaßstab wird durch eine gesonderte Publikation erläutert.

2. Not-HVM

Die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und bereits im schriftlichen Umlaufverfahren durch die Vertreterversammlung bestätigte Regelungen über Ausgleichszahlungen bei coronabedingtem Rückgang der Behandlungstätigkeit sowie die Einführung von Zuschlägen für coronabedingt durchgeführte telefonische Behandlungen und Hausbesuche wurden bestätigt. Die Regelungen treten nach Aufhebung des epidemiologischen Notstands von nationaler Tragweite, spätestens am 31. Dezember 2020, außer Kraft.

3. Entfall des Vorwegabzuges zur Vergütung der kinder- und jugendpsychiatrischen Gespräche

Der Entfall des o. g. Vorwegabzuges (GOP 14220 und 14222 EBM) erfolgt rückwirkend zum 1. Januar 2020.

4. Sonstiges

Im Übrigen wurden redaktionelle Änderungen vor- und Verfahrensvorschriften aufgenommen.

5. Umlaufverfahren vom 31. Juli 2020

Die Vertreterversammlung beschließt entsprechend dem schriftlichen Umlaufverfahren vom 31.07.2020 folgende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes (Fassung vom 13. Mai 2020) ab 1. Januar 2020:
§ 11a Abs. 1 Ergänzung einer Voraussetzung für die Prüfung von Ausgleichszahlungen und
§ 11a Abs. 3 Konkretisierung der MGV-Ausgleichshöhe.

Kurzübersicht über die Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen in Sachsen

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden im Bereich der KV Sachsen außerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV) und qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) vergütet. Hierbei werden unquotiert entsprechend der Sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütete Leistungen mit der Angabe „100 %“ ausgewiesen. Bei quotiert vergüteten Leistungen wird die Mindestquote (MQ) angegeben. Für Leistungen mit Praxisbudget je Behandlungsfall wurde „PB“ angegeben.

Die Auflistung umfasst keine Leistungen, die gemäß gesamtvertraglicher Vereinbarung mit den Krankenkassen außerbudgetär vergütet werden, da dies keine Thematik der von der Vertreterversammlung beschlossenen Honorarverteilung ist.

Stand der Auflistung: 1. Juli 2020

1. Laborleistungen

Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)	100 %
Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) des EBM (Anforderungen über Muster 10)	MQ 89 %
Akutlabor (GOP 32025, 32026, 32042 und 32150 EBM)	100 %
Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM	MQ 89 %
Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32865, 32902 , 32904, 32906,32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM)	PB
von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)	MQ 89 %
Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM)	MQ 50 %

2. Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung

a) auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 11. November 2015

Ärztliche Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung	100 %

Für von der KV Sachsen betriebene sowie beauftragte Bereitschafts-praxen/-gruppen Zuschlag auf Notfallpauschale	10 EURO

Förderung der Bereitschaftsdienststunden im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (ausgenommen fachärztliche Bereitschaftsdienste) je Bereitschaftsdienststunde	10 EURO

b) auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017

Ärztliche Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung	100 %

Garantiehonorar im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst je Bereitschaftsdienststunde	50 EURO

Für die das Garantiehonorar übersteigende Honorierung Abzug des Betriebskostenanteils	40 %

Vergütung für längere Fahrtstrecken zwischen 15 und über 35 km: (insg. max. 120 EURO)	10 bis 50 EURO

3. Genetische Leistungen

GOP 11513 EBM (Postnatale Mutationssuche)	quotiert ohne MQ

übrige genetische Leistungen (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM (mit Ausnahme außerbudgetär vergüteter GOP)	MQ 75 %

Bildung einer Gesamtquote aus den o. g. Leistungen	MQ 50%

4. Leistungen mit unquotierten Preisen der SGO

a) Haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich

Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM	100 %

Hausbesuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)	100 %

Spezielle psychosomatische Leistungen (GOP 35111, 35112, 35113 und 35120 EBM)	100 %

b) Hausärztlicher Versorgungsbereich

Vergütung von Leistungen nach den unquotierten Preisen der SGO

Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060 bis 03065 EBM)	100 %
Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230 und 04230 EBM) innerhalb des EBM-Budgets	100 %
Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages (GOP 03040 und 04040 EBM)	100 %

c) Fachärztlicher Versorgungsbereich

Anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind	100 %

5. Leistungen mit quotierten Preisen der SGO

a) Haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich

Schriftliche Mitteilungen und Gutachten (Abschnitt 1.6 des EBM)	MQ 90 %
Schmerztherapeutische Versorgung gem. Abschnitts 30.7.1 EBM aufgrund gesamtvertraglicher Vereinbarung	MQ 92,5 %
Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter der Arztpraxis (GOP 38100 und 38105 EBM)	MQ 50 %
Allgemeine psychosomatische Leistungen (GOP 35100 und 35110 EBM)	PB

b) Hausärztlicher Versorgungsbereich

Verbleibende RLV-Leistungen für eingeschriebene Versicherte bei der Teilnahme an Sonderverträgen mit Vertragsbeteiligung der KV Sachsen, je entsprechender Vergleichsgruppe	durchschnittliche RLV-Quote

c) fachärztlicher Versorgungsbereich

Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	MQ 90 %

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21)	MQ 50 %

Leistungen der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (GOP 26330 EBM)	MQ 95 %

Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	MQ 95 %

Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ (GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378)	MQ 95 %

6. Zuschläge

Zuschläge zur konventionellen Radiologie des Abschnitts 34.2 des EBM im QZV 81 – Diagnostische Radiologie – (mit Ausnahme von Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung)

Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Nuklearmedizin und entsprechend ermächtigte Ärzte	Je Punkt des EBM 1,0 Cent

Übrige Ärzte	Je Punkt des EBM 1,2 Cent

Zuschläge für anerkannte Praxisnetze
je Vorjahresquartalsbehandlungsfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt entsprechend der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen

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

Zuschlag für konservative Behandlung durch ausschließlich konservativ tätige oder geringfügig ambulant operierende Augenärzte (GOP 06225 EBM)	100 %

Inhaltsverzeichnis

		Seite
	Präambel	9
§ 1	Anwendungsbereich	9
§ 2	Bildung von Vergütungsvolumina	10
§ 3	Vergütung von Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 und von ambulanter Notfallbehandlung	14
§ 4	Vorwegabzüge im hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen	15
§ 5	Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen	23
§ 6	Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung	26
§ 7	Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)	29
§ 8	Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	33
§ 9	Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten	34
§ 10	Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung	35
§ 11	Übergangsregelung	35
§ 11a	Ausgleichszahlungen für Honorarminderungen aufgrund der Corona-Pandemie	37
§ 11b	Förderung der Honorierung telefonischer Gesprächsleistungen für coronapositive Patienten	39
§ 11c	Förderung der Honorierung sonstiger telefonischer Gesprächsleistungen	39
§ 11d	Förderung der Honorierung von Hausbesuchsleistungen bei coronapositiven Patienten	40
§ 11e	Verrechnung der Pseudo-Ziffern	40
§ 12	Inkrafttreten	40
§ 13	Anpassung des HVM nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite	40

		Seite
Anlage 1	Übersicht QZV	57
Anlage 2a	Ärzte mit RLV und ggf. QZV	58
Anlage 2b	Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200	60
Anlage 2c	Ärzte ohne RLV	61
Anlage 3	Rückstellungen, Zuführungen und Vorwegabzüge in den Vergütungsvolumina	62
Anlage 4	Bildungsvorschriften für RLV und QZV	66
Anlage 5	Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung	69
Anlage 6	Bereinigung von RLV, QZV und anderen Leistungsbestandteilen bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V bzw. bei Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V	71
Anlage 7	Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	75

Präambel

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

§ 1
Anwendungsbereich

(1) Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), soweit keine vertraglichen Bestimmungen oder Beschlüsse des Bewertungsausschusses entgegenstehen. Soweit in diesen Honorarverteilungsvorschriften Regelungen enthalten sind, die auch Gegenstand von Vereinbarungen mit den Krankenkassen sind, gelten die Regelungen der betreffenden Vereinbarung. Die Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV sowie die Vergütung von Punktwertzuschlägen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen. Die Vergütung von Leistungen nach § 116b SGB V richtet sich nach den entsprechenden Bundesregelungen, soweit Vertragsärzte die KV Sachsen mit der Durchführung der Abrechnung nach § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V beauftragt haben. Die Bereinigung der RLV erfolgt entsprechend Anlage 6.

Der Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung (SGO) sowie dieses HVM.

(2) Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden, unter Beachtung der Trennung der Gesamtvergütungen. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.

(3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen und/oder regionalen Verträgen mit der KV Sachsen (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.

a) Die KV Sachsen strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Honorarverteilungsvorschriften erheblich einschränken. Die in diesem HVM verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

b) Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt.

Sie gelten gleichermaßen für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

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

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

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

(5) Die Durchführungsbestimmungen zu diesem HVM werden vom Vorstand der KV Sachsen beschlossen.

(6) Für die Honorierung von Leistungen gilt eine Mindestauszahlungsquote in Höhe von 50 %, sofern es keine abweichenden Regelungen gibt. Die Regelung gilt nicht für Quoten, die aus der Anwendung von Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina resultieren.

(7) Bereinigungen der MGV auf Grund von sonstigen Verträgen können zu Anpassungen der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und sonstiger Honorarbestandteile führen. Für die Bereinigungen der RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile gelten die Vorschriften in Anlage 6.

§ 2
Bildung von Vergütungsvolumina

(1) Die eingehenden MGV werden zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung (Verteilungsvergütung) zusammengeführt.

(2) Gemäß den Vorgaben, Teil B, wird die Verteilungsvergütung in die Vergütungsvolumina bzw. Untervolumina nach Absatz 3 untergliedert. Die Höhe der Mittel ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen Grundbetrages je Versicherten mit der Anzahl der Versicherten im aktuellen Quartal. Die Bildung der Grundbeträge richtet sich nach den Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung.

Das Verteilungsverhältnis der Leistungserbringung des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches an dem Bereinigungsbetrag wegen der Aufwertung psychotherapeu-

tischer Leistungen gem. 43. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ist zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind vorrangig anzuwenden.

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

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

a) Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen

zur Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM).

1. Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben. Für den Fall, dass aus Laborgemeinschaften bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM (Anforderungen über Muster 10a) oder eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) durch entsprechend veranlasste Untersuchungen (Anforderungen über Muster 10) ersetzt werden, richtet sich ab 1. Juli 2018 das Ausgleichsverfahren zwischen dem Grundbetrag „Labor“ und dem haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach den Vorgaben und wird im nächsterreichbaren Quartal umgesetzt.

2. Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:

2.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

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

2.2 Vergütung der übrigen veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10)

Die Leistungen nach Nr. 2.2 werden für den Fall, dass die Mittel für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Es gilt die in den Vorgaben festgesetzte Mindestquote (Stand 1. Juli 2018: 0,89).

b) Vergütungsvolumen für den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung

zur Vergütung der Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung sowie zur Förderung des Bereitschaftsdienstes gemäß § 3 inklusive der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM und von Bereitschaftspraxen bei Krankenhäusern auf Zielauftrag veranlasste Leistungen.

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

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

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

   Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

2.1 Strukturvorhaltepauschalen

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

Die Strukturvorhaltepauschale wird als Zuschlag auf abgerechnete und anerkannte Notfalldienstpauschalen (GOP 01210 und 01212 EBM) gezahlt. Hausbesuche (GOP 01418 EBM) schließen den Zuschlag aus. Die Höhe der Strukturvorhaltepauschale wird einheitlich auf 10,00 EUR festgesetzt.

2.2 Förderung der Bereitschaftsdienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

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

Die Vergütung der Förderung der Bereitschaftsdienststunden wird wie folgt vorgenommen:

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

c) Vergütungsvolumen für den Hausärztlichen Versorgungsbereich

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

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

d) Vergütungsvolumen für den Fachärztlichen Versorgungsbereich

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

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

Innerhalb dieses Vergütungsvolumens werden folgende Untervolumina gebildet:

1. Genetisches Labor

Die Vergütung der GOP 01842 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM (mit Ausnahme außerbudgetär vergüteter GOP) wird wie folgt vorgenommen:

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

Hierbei gelten folgende Quoten (Q) und Mindestquoten (MQ):

GOP 01842, 11301, 11302, 11303, 19401 und 19402 EBM (Grundpauschalen genetische Diagnostik)		Q 0,95
GOP 11351 bis 11448 EBM (Indikationsbezogene Leistungen):		Q 0,85
GOP 11501 bis 11508, 19431 und 19432 EBM (zytogenetische Leistungen):		Q 0,85
Übrige Leistungen	:	MQ 0,50

Sinkt die rechnerische Quote im Bereich der übrigen Leistungen bis zu einer Quote von 0,35 ab, so werden die zum Erreichen der angegebenen Mindestquote benötigten Mittel aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.

Sinkt die rechnerische Quote im Bereich der übrigen Leistungen unter eine Quote von 0,35 ab, so werden die anderen angegebenen Quoten anteilig abgesenkt, bis eine rechnerische Quote von 0,35 im Bereich der übrigen Leistungen erreicht wird.

Steigt die rechnerische Quote der übrigen Leistungen über 0,85, wird eine einheitliche Quote über die Leistungsbereiche der indikationsbezogenen, zytogenetischen und übrigen Leistungen gebildet.

Steigt die rechnerische Quote der übrigen Leistungen über 0,95, wird eine einheitliche Quote über alle Leistungsbereiche gebildet.

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

2. Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

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

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

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

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

§ 3
Vergütung von Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 und von ambulanter Notfallbehandlung

(1) Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung werden nach der Sächsischen Gebührenordnung nach Maßgabe nachstehender Regelungen vergütet.

(2) Sofern die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst den Honoraranspruch, berechnet auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 €/ Std. unterschreitet, wird sie auf den nach dieser Vorgabe berechneten Honoraranspruch angehoben.

Soweit die Zahl der tatsächlich abgeleisteten Stunden die der geplanten überschreitet, werden diese minutengenau abgerechnet. Differenzen zwischen den geplanten und tatsächlich erbrachten Leistungen von bis zu 15 Minuten bleiben hierbei unberücksichtigt.

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

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

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

Aufgreif- GOP	Radiusbereich	Anerkennung ab > 15 km in km (Radiusbezug)	Honorarzuschlag
93228/93229	>15 km – 20 km	5	10 €
93230/93231	>20 km – 25 km	10	20 €
93232/93233	>25 km – 30 km	15	30 €
93234/93235	>30 km – 35 km	20	40 €
93236/93237	>35 km	25	50 €

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

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

§ 4
Vorwegabzüge im hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen

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

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

Die Höhe der Mittel wird auf Basis von Abrechnungsergebnissen der betreffenden Leistungen im Vorjahresquartal festgesetzt.
Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

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

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

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

Es wird zunächst eine rechnerische Quote über alle Leistungen des Vorwegabzuges ermittelt und die Mindestquotenregelung in § 1 Abs. 6 angewandt.

Die Leistung der GOP 30700 EBM (Grundpauschale für die Versorgung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung) wird vorab aus dem Vorwegabzug mit einer Quote in Höhe von 92,5 % der SGO vergütet.

Die übrigen Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Mindestquote nach § 1 Abs. 6 gilt nicht. Gesamtvertragliche Vereinbarungen sind vorrangig anzuwenden. Fallen diese weg, gilt die HVM-Regelung mit Stand 31. Dezember 2019.

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

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

d) Vorwegabzug zur Vergütung der Palliativmedizin

Die Höhe des Vorwegabzugs ergibt sich aus dem betreffenden Beschluss des Bewertungsausschusses.

Die Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 90 % der Preise der sächsischen Gebührenordnung.

(3) Die Höhe der Mittel für die Vorwegabzüge nach den Absätzen 2 und 3a wird wie folgt festgesetzt, soweit nicht anders angegeben.

Ermittlung des Leistungsanteils der o. g. Leistungen bei der Kalkulation der MGV des entsprechenden Abrechnungsquartals in 2008 und angepasst an die zwischenzeitlichen Veränderungen der MGV (ohne zweckgerichtete MGV-Anteile). Für die Ermittlung des Leistungsanteils der Leistungen nach Abs. 3a gilt die Maßgabe, dass für die Ermittlung des Leistungsanteils die Vorgaben maßgeblich sind.

Die Berechnung wird wie folgt vorgenommen:

a) Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2012) x (1+(0,001635 x 0,15) (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x (1,0129 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2013)) x auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,01168 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2017) x 1,006662 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2018) x 1,004195 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2019) x 1,000805 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2020) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

b) Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2012) x (1+0,001635 x 0,85)) auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x 1,0129 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2013) x auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,01168 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2017) x 1,006662 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2018) x 1,004195 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2019) x 1,000805 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2020) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

c) Allgemeine Regelungen

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

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

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

Nach Vorliegen der endgültigen Beschlüsse, Verträge und Datengrundlagen erfolgen nach Abschluss des Kalenderjahres für jedes Quartal eine Spitzabrechnung

und eine endgültige Festsetzung der Beträge. Auftretende Differenzen zu den für die Quartale eines Kalenderjahres angewandten Beträgen werden bei der Bildung der Beträge der nächsterreichbaren Quartale berücksichtigt.

(3a) Im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen werden jeweils die weiteren folgenden Vorwegabzüge vorgenommen:

a) Vorwegabzug zur Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (nicht Muster 10/10a)

Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:

1. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der GOP 32025, 32026, 32042 und 32150 EBM werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

2. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM

Bei Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, welche der Vergleichsgruppe 210 angehören, sind (zusammengefasst „Nicht-Laborärzte“ genannt), unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung (mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32865, 32902 , 32904, 32906,32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und32946 EBM). Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.

Die Höhe des praxisbezogenen Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Fachgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis (ohne Muster 10, Bereitschaftsdienst und Notfall). Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM verfügen sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht. Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der fachgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind, oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 EURO berücksichtigt.

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

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

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

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

Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 vergütet.

Das Budget kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antragsteller die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

3. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

   Hierunter fallen auch die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmediziner und ermächtigten Fachwissenschaftler der Medizin, welche der Vergleichsgruppe 210 angehören, soweit diese nicht auf Muster 10/10a veranlasst wurden**.**

   Die Leistungen nach Nr. 3 werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

b) Vorwegabzug zur Vergütung von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

Die Zuordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung zu dem jeweils zuständigen Versorgungsbereich richtet sich nach dem Versorgungsbereich des beziehenden Arztes.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote honoriert. Die benötigten Mittel werden entsprechend dem Verhältnis der vom haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des aktuellen Quartals aus diesen beiden Versorgungsbereichen entnommen.

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

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

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

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

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

Die Höhe der Mittel wird wie folgt festgesetzt:

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

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

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

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

a) Vorwegabzug zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21)

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

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

Voraussetzung für die Vergütung ist eine entsprechende Diagnose des Versicherten.

Die Leistungen werden nach SGO vergütet.

c) Vorwegabzug zur Vergütung der Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM)

Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden grundsätzlich mit den Preisen nach der Sächsischen Gebührenordnung vergütet. Für den Fall, dass die

Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, werden sie quotiert vergütet.

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

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

§ 5
Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

(1) Die nach Abzug der Mittel für Rückstellungen, für Vorwegabzüge bzw. für Untervolumina verbleibenden Vergütungsvolumina im haus- bzw. im fachärztlichen Versorgungsbereiches werden jeweils in Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe untergliedert. Diese versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina werden entsprechend Anlage 7 Punkt 1 gebildet. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

(2) Bei Ärzten mit RLV und ggf. QZV gem. Anlage 2a werden die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entsprechend Anlage 7 Punkt 2 auf die nachfolgenden vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche unter Berücksichtigung der Überschüsse und Defizite der Vorquartale gem. Absatz 4 aufgeteilt:

a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV
b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV und
c) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen (FWL)

(3) Vorwegabzüge in den Vergleichsgruppen

Ist eine Vergleichsgruppe von mehreren Vorwegabzügen betroffen, erfolgt zunächst der prozentuale Abzug und danach die Vorwegabzüge mit absoluten Beträgen. Vorrang haben Vorwegabzüge zu Lasten des kompletten Verteilungsvolumens, danach erfolgt die Aufteilung nach RLV/QZV/FWL. Danach erfolgen entsprechende Abzüge aus Untervolumen.

d) a) Vorwegabzug vor der Aufteilung nach Absatz 2 in den Vergleichsgruppen zur Vergütung von allgemeinen psychosomatischen Leistungen (GOP 35100 und 35110 EBM)

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

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM erfolgt aus einem arztindividuellen Budget (Psychosomatik-Volumen) in Höhe der SGO. Die

das Volumen übersteigende Leistungen werden nicht vergütet. Das Psychosomatik-Volumen ergibt sich aus der Multiplikation des durchschnittlichen vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes für die genannten Leistungen mit den Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt des Arztes mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im aktuellen Quartal, in denen eine arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gemäß EBM innerhalb der Verrechnungsgruppe des Arztes abgerechnet wurde. Außerbudgetäre Fälle aufgrund von TSVG- und ähnlichen Regelungen werden bei der Budgetbildung nicht berücksichtigt.

Abweichend hiervon entspricht in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach Satz 4 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an dieser Arztfallzahl der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs.

Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle nach Satz 4 der Arztpraxis.

Der Fallwert für psychosomatische Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM ergibt sich je Vergleichsgruppe aus der Division des angeforderten Honorars für die genannten Leistungen im Jahr 2016 und den Behandlungsfällen entsprechend Satz 4 der Ärzte mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im Jahr 2016.

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

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

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

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

b) Vorwegabzug vor der Aufteilung nach Absatz 2 zur Vergütung des Zuschlages in Höhe der SGO für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225 EBM) in der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde

Der Zuschlag wird den Fachärzten für Augenheilkunde gewährt, die keine Leistung des ambulanten Operierens gemäß Nr. 6 der Präambel zu Abschnitt 6.1 des EBM abgerechnet haben.

Darüber hinaus erhalten Fachärzte für Augenheilkunde, die Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM im aktuellen Quartal erbracht haben, einen Zuschlag in Höhe der GOP 06225 EBM für jeden Behandlungsfall, bei dem keine Leistung der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM und/oder der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) vergütet wird, wenn ihr Leistungsbedarf für Leistungen der Intraocularen Eingriffe (GOP 31350, 31351, 36350 und 36351 EBM) und der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) im zuletzt abgerechneten und verfügbaren Quartal nicht höher ist als das Doppelte der Punktmenge aus der Anzahl der nach GOP 06225 EBM zuschlagsfähigen Fälle nach o. g. Definition seiner aktuellen Abrechnung multipliziert mit der Bewertung der GOP 06225 EBM in Punkten.

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

a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),
b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
sowie
c) Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM

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

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

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

Zur Finanzierung der Leistung erfolgt eine Umverteilung im Vergleichsgruppenfonds der Vergleichsgruppe 008 (Fachärzte für Augenheilkunde).

Die durch die Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels frei werdenden Finanzmittel werden innerhalb der Vergleichsgruppe 008 in den Vorwegabzug nach Abs. 3 c) eingestellt.

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

(7) Die kalkulierten Leistungsbedarfe der neu in den EBM aufgenommenen Leistungen der Kapitel 9 und 20 EBM (HNO- und phoniatrische Leistungen) werden zusammengelegt,

anhand der abgerechneten Leistungsmenge dieser Leistungen im Vorjahresquartal neu aufgeteilt und EBM-Anpassungen gemäß Anlage 7 berücksichtigt

(8) Die Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V wird aus dem jeweiligen fachärztlichen Verteilungsvolumen vorgenommen. Der Abzug wird im nächsterreichbaren Quartal zu Lasten derjenigen fachärztlichen Vergleichsgruppe vorgenommen, bei der kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminvermittlungsstelle ersatzweise vorgenommen wurde.

(9) Die nach Anlage 7 Punkt 1 gebildeten Verteilungsvolumina der Vergleichsgruppen Nervenärzte (028), Neurologen (030) und Psychiater(035) werden zusammengeführt und auf Basis der angeforderten Leistungen im Vorjahresquartal auf die genannten Vergleichsgruppen aufgeteilt.

§ 6
Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

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

(2) Ärzte gemäß Anlagen 2b und 2c unterliegen folgender Leistungssteuerung:

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

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

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

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

(4) Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach den Absätzen 1 und 2 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.

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

Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

a) Ärzte, die über die Abrechnungsgenehmigung der GOP 30704 EBM verfügen, werden der Vergleichsgruppe "schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM " gemäß Anlage 2c zugeordnet.

b) Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Phoniatrie und Pädaudiologie werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.

c) Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Neurologie sowie Psychiatrie (und Psychotherapie) werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) gemäß Anlage 2a zugeordnet.

d) Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.

e) Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Abrechnungsgenehmigung nach der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM verfügen, werden - soweit sie nicht bereits entsprechend den vorgenannten Regelungen zugeordnet wurden - der entsprechenden internistischen Vergleichsgruppe mit Schwerpunkt gemäß Anlage 2a zugeordnet.

(6) (unbesetzt)

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

(8) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung.

(9) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal ein RLV und ggf. QZV in EURO vorgegeben. Bis zu dessen Ausschöpfung werden die abgerechneten Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen, mit den in der sächsischen Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet.

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

(10) Überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen, und den überschreitenden Leistungsmengen gemäß Abs. 2 werden versorgungsbereichsspezifisch mit Preisen für Restleistungen vergütet.

Diese ergeben sich, jeweils als Vorwegabzug im Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und für den fachärztlichen Vergütungsbereich als Quotient aus diesem Vergütungsvolumen in Höhe von 1,0 % des jeweiligen RLV-Verteilungsvolumens aus § 5 Abs.1 dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV und nach Abs. 2 übersteigenden Vergütungen nach der jeweils gültigen sächsischen Gebührenordnung.

Die so ermittelte Quote wird mit den versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, und nach Abs. 2 übersteigenden Vergütungen nach der sächsischen Gebührenordnung multipliziert. Dabei darf die maximale Quote jeweils 99 % betragen.

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

Bei Vorliegen der u. g. Umstände kann auf Antrag für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs eine veränderte Fallzahlgrenze nach § 7 Abs. 1a festgelegt werden bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

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

(12) **Praxisbesonderheiten**

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

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

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

§ 7
Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) **Bestimmung der RLV**

Jeder Vertragsarzt einer Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a erhält ein RLV.

Hierbei ergibt sich die Höhe des RLV eines Arztes aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte mit den RLV-relevanten Fallzahlen des Arztes im aktuellen Quartal.

Die Bildungsvorschriften befinden sich in Anlage 4 Punkt A.

(1a) Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung

Im Bereich der RLV-relevanten Fälle des fachärztlichen Versorgungsbereiches gilt eine Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung nach folgenden Regelungen:

Als Höchstgrenze sind 110 % der RLV-relevanten Fallzahl eines Arztes im Vorjahresquartal innerhalb des RLV abrechenbar, soweit die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Vorjahresquartal überschritten wird. Für Ärzte, die keine RLV-relevante Fallzahl im Vorjahresquartal haben, gilt die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Vorjahresquartal als Höchstgrenze. Übersteigende Leistungen werden mit dem Preis für Restleistungen honoriert.

Die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gilt nicht für Jungärzte sowie Praxisübernehmer (Absätze 5 a) und b)). Für die Neuaufnahme einer Tätigkeit in einer weiteren Praxis (Absatz 6) und für Ärzte in von Unterversorgung betroffenen bzw. bedrohten Gebieten (Absatz 8) gelten die in den genannten Absätzen getroffenen Maßgaben.

(2) **RLV-relevante Fälle**

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

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

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

a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2.

b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2 der Arztpraxis multipliziert mit

seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Ärzte gem. Anlage 2a der Praxis.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2 der Arztpraxis.

(3) **RLV-Fallwert**

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 5.

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

a) um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,
b) um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,
c) um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe.

Hierbei wird im Hausarztbereich eine einheitliche Quote über alle Altersklassen gebildet. Die Aufteilung der überschreitenden Fälle auf die Altersklassen erfolgt nach dem Anteil der Fallzahl der Altersklasse an der Gesamtfallzahl des Arztes.

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

(4) **Bildungsvorschriften zum RLV**

Die RLV werden je Arzt gemäß Anlage 4 Punkt A ermittelt.

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

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

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

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

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

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

a) Ärzte in vergleichsgruppengleichen Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches erhalten einen Zuschlag in Höhe von 22,5 % auf das RLV, im Übrigen erhalten andere vergleichsgruppengleiche Kooperationen einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das RLV. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne des 1. Halbsatzes als eine Vergleichsgruppe.

b) Ärzte in vergleichsgruppenübergreifenden Kooperationen erhalten grundsätzlich einen Zuschlag in Höhe von 5 % auf das RLV. Sofern der Kooperationsgrad der jeweiligen Kooperation größer als 5 % ist, entspricht der Zuschlag der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte. Es gilt eine Höchstgrenze von 10 %.

c) Abweichend hiervon gilt für standortübergreifende Kooperationen, dass sich der Zuschlag in der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte bis zu einer Höchstgrenze von 10 % ergibt. Für Ärzte in vergleichsgruppengleichen standortübergreifenden Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches gilt eine Höchstgrenze in Höhe von 22,5 %. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne von Satz 2 als eine Vergleichsgruppe.

d) Der Kooperationsgrad (KG) wird wie folgt ermittelt:

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

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

(5) **Praxen mit Jungärzten und Praxisübernahme**

a) Jungärzte sind Ärzte, welche im Vorjahresquartal keine vollen acht Quartale niedergelassen bzw. angestellt waren.

b) Bei Praxisübernahmen wird die Regelung unter a) analog angewandt.

(6) Bei Neuaufnahme einer Tätigkeit in einer weiteren Praxis (Altärzte in weiterer Praxis) wird mit Wirkung für die Tätigkeit in dieser Praxis für vier volle Quartale die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung nach Abs. 1a ausgesetzt. Diese Regelung gilt nicht für die Aufnahme der Tätigkeit in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft.

(7) a) Für sächsische Vertragsärzte, die in anderen KV-Bereichen tätig werden (Altärzte in anderer KV tätig), gilt folgende Regelung:

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

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

Die Festlegung der Beschäftigungsumfänge erfolgt unter Berücksichtigung der der KV Sachsen gemeldeten Sprechzeiten und den im Sicherstellungsstatut der KV Sachsen festgelegten Mindestsprechzeiten.

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

(6) Für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt worden ist, gilt die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung in Abs. 1a nicht. Gleiches gilt für Gebiete, für die zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde.

Für die Feststellung des RLV des jeweiligen Quartals gilt die Beschlusslage des Landesausschusses mit Stand sechs Wochen vor Quartalsbeginn.

§ 8
Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

(1) **Bestimmung der QZV**

a) Gemäß Anlage 1 werden für die in Anlagen 2a genannten Vergleichsgruppen QZV`s gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich entsprechend § 5 Abs. 2.

aa) Die Höhe des QZV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte mit den QZV-relevanten Leistungsfallzahlen des Arztes im aktuellen Quartal.

b) Sofern der QZV-Fallwert eindeutig aus dem Wert einer oder mehrerer darin enthaltener Gebührenordnungspositionen der sächsischen Gebührenordnung (SGO) - inklusive möglicher Abrechnungsbegrenzungen des EBM - abgeleitet werden kann, wird der QZV-Fallwert bei Überschreitung des in der SGO genannten Wertes auf diesen begrenzt. Die dadurch frei werdenden Finanzmittel werden dem RLV-Vergütungsvolumen der Vergleichsgruppe zugeführt.

(2) **QZV-relevante Fälle**

Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im ambulanten Behandlungsfall des entsprechenden Quartals mindestens eine Leistung des Leistungskataloges des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Sofern mehrere Ärzte einer Praxis, Leistungen eines QZV in einem Behandlungsfall erbringen, erfolgt die Leistungsfallermittlung anteilig.

(3) **QZV-Fallwert**

Der QZV-Fallwert wird berechnet, in dem das gemäß Abs. 1 gebildete QZV-Vergütungsvolumen auf die gem. Abs. 2 ermittelten Fälle des Vorjahresquartals aufgeteilt wird. Die Formel zur Berechnung befindet sich in Anlage 4 Punkt B.

(4) **Bildungsvorschriften zum QZV**

a) Die QZV werden je Arzt ermittelt.

b) Bei der Ermittlung des QZV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid und die folgenden Absätze 5 bis 7 zu berücksichtigen.

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

d) Die Zuweisung der QZV erfolgt analog den Regelungen zum RLV gem. § 7 Abs. 4.

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

(6) **Abweichende Regelungen bei der Bildung der QZV**

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

a) Einzelne QZV

- QZV hausärztliche geriatrische Versorgung des Abschnitts 3.2.4 des EBM,
- QZV sozialpädiatrische Versorgung des Abschnitts 4.2.4 des EBM (außer GOP 04356 EBM)

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

b) QZV Kardiologie I

In das QZV Kardiologie I wird die Zusatzpauschale Kinderkardiologie (GOP 04410 EBM) aufgenommen und der QZV-Fallwert für die Vergleichsgruppe der Kinderärzte (VG 004) nach folgender Formel berechnet:

Wert der GOP 04410 EBM x RLV-Quote der Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (Vergleichsgruppe 020) des Vorjahresquartals + Produkt aus dem Aufschlag für die fachärztliche Tätigkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin entsprechend der Präambel Nr. 4 zu Abschnitt 4.1 des EBM x altersgruppengewichtete Werte der Versichertenpauschale für Kinderkardiologen gem. EBM.

§ 9
Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten

(1) Ärzte und Psychotherapeuten nach Anlage 2b werden gemäß § 6 Abs. 2 vergütet.

(2) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 SGB V der Anlage 2a, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen oder probatorischen Leistungen betroffen sind, erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen für Restleistungen.

(3) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2a, die in § 87b Abs. 2 SGB V nicht genannt sind, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen betroffen sind, erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen für Restleistungen.

(4) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c, soweit keine antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen betroffen sind, erfolgt aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung von § 6 Abs. 2 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung.

§ 10
Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung

(1) Angestellte Ärzte, Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten

a) Die Regelungen zur Bildung der RLV/QZV gelten auch für angestellte Ärzte mit Ausnahme der gemäß § 58 der Bedarfsplanungs-Richtlinien Leistungsbeschränkungen unterliegenden angestellten Ärzte. Für diese gelten die Vorschriften des Absatzes 2.

b) Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erhalten kein eigenes RLV/QZV. Für die von Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erhält der Praxisinhaber kein zusätzliches RLV/QZV.

(2) Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen gemäß § 40 der Bedarfsplanungs-Richtlinien („Job Sharing-Praxen“)

a) Die RLV/QZV-Regelungen werden nach Durchführung der Begrenzungsregelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien angewandt.
Nach Erlöschen der Leistungsbeschränkungen aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten für den hinzugetretenen Arzt die Regelungen des § 7 Abs. 5 bzw. des § 8 Abs. 7b.

§ 11
Übergangsregelungen

(1) Soweit Leistungen innerhalb der MGV vereinbart werden, die bisher außerhalb der MGV honoriert wurden, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den im Vorjahresquartal zur Verfügung stehenden Mitteln, zuzüglich zwischenzeitlich eingetretener Gesamtvergütungsveränderungen. Die Division der Mittel durch den angeforderten Leistungsbedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechende GOP der SGO angewandt wird. Es gilt eine Mindestquote i. H. v. 50 %. Maximal erfolgt eine Vergütung in Höhe der SGO.

(2) Soweit die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bisher innerhalb der MGV honoriert wurden, erfolgt eine Anpassung des HVM zum nächsterreichbaren Quartal. Honorardifferenzen werden nachvergütet.

Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses außerhalb der MGV vergütet werden können, sind ab dem Inkrafttreten der Empfehlung gesondert aus einem entsprechenden Vorwegabzug ggf. quotiert zu honorieren, soweit noch keine entsprechende vertragliche Regelung mit den Krankenkassen vereinbart ist.

(2a) Die Bereinigung der RLV/QZV aufgrund der mit Inkrafttreten des Terminservice- und Vermittlungsgesetzes (TSVG) außerbudgetär vergüteten Leistungen des § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) wird wie folgt umgesetzt:

Für Ärzte mit RLV/QZV auf Basis der aktuellen Fallzahl erfolgt die Bereinigung im Zuge der Fallzählung.

Die außerhalb des RLV-Bereichs vergüteten Leistungen werden durch Verminderung des jeweiligen Vorwegabzugs um die entsprechende Bereinigungssumme im nächsterreichbaren Quartal bereinigt. Ausgenommen hiervon sind Leistungen mit einer festen (Mindest-)Quote, welche zu Lasten des entsprechenden Vergütungsvolumens bereinigt werden.

Die Bereinigungszeiträume und –summen richten sich nach den Bestimmungen des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, Teil C bzw. seiner Folgebeschlüsse.

(3) Soweit die MGV zweckgerichtete Vergütungsanteile enthält, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen – ggf. getrennt nach Vergütungsvolumina – honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den zweckgerichteten MGV-Anteilen.
Die Division der Mittel durch den angeforderten Bedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechenden Anforderungen angewandt wird.

(4) Die Bestimmungen der § 2 Abs. 3 Buchstabe b) 1. und § 3 finden für alle Bereitschaftsdienstbereiche Anwendung, für die die Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 18. Oktober 2017 Anwendung findet. Soweit und solange Bereitschaftsdienstbereiche den Regelungen der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstordnung in der Fassung vom 15. November 2015 unterliegen, finden die Bestimmungen des § 2 Abs. 3 Buchstabe b) Nr. 2 Anwendung.

(5) Die nach den Vorschriften dieses Honorarverteilungsmaßstabes ab 1. Quartal 2020 festgesetzten oder noch festzusetzenden RLV/QZV stehen mit Inkrafttreten der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung unter Vorbehalt.

(6) Soweit Neueinführungen oder Änderungen von Gebührenordnungspositionen des EBM durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses vorgenommen werden, erfolgt erforderlichenfalls eine vorläufige Zuordnung der betroffenen GOP zu bestimmten Vorwegabzügen bzw. Vergütungsbereichen durch den Vorstand. Die vorgenommene Zuordnung wird der nächsterreichbaren Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt.

§ 11a
Ausgleichszahlungen für Honorarminderungen aufgrund der Corona-Pandemie

(1) Die KV Sachsen leistet in der Honorarabrechnung für das 1. bis 4. Quartal 2020 Ausgleichszahlungen an vertragsärztliche Leistungserbringer (Praxis/ Einrichtung) bei Absenkung des GKV-Gesamthonorars (abgerechnete und vergütete Leistungen im außerbudgetären und budgetären Bereich), um diesen die Fortführung des ambulanten Versorgungsauftrages aufgrund reduzierter Patienteninanspruchnahme in Folge der aktuellen Corona-Pandemie zu ermöglichen. Die Ausgleichszahlungen werden im Honorarbescheid separat ausgewiesen. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszahlungen sind in den folgenden Absätzen geregelt. Voraussetzung für die Ausgleichszahlungen ist das Weiterbestehen der Pandemie in Deutschland. Sie enden mit Ablauf des Quartals, in dem die Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurde. (Anpassung mit Umlaufverfahren vom 31. Juli 2020)

(2) Ausgleichszahlungen im außerbudgetären Bereich

Die KV Sachsen leistet gemäß § 87a Abs. 3b SGB V in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes Ausgleichszahlungen im Bereich der außerbudgetären Leistungen nach § 87a Abs. 3 Sätze 5 und 6 SGB V unter folgenden Voraussetzungen:

a) Minderung des GKV-Gesamthonorars eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal aufgrund eines Rückgangs der Fallzahl in Folge der Corona-Pandemie gegenüber dem Vorjahresquartal.

b) Die Ausgleichszahlung bemisst sich an der Honorardifferenz zwischen den nach § 87a Abs. 3 Sätze 5 und 6 SGB V im Vorjahresquartal und im aktuellen Quartal erbrachten außerbudgetären Leistungen, soweit das Honorar aus außerbudgetären Leistungen im aktuellen Quartal geringer ausfällt.

   Die KV Sachsen wird den Krankenkassen hierzu alle notwendigen Daten zur Verfügung stellen.

Änderungen des Zulassungsstatus (z. B. Voll-/Halbzulassung oder der Anzahl der Vollbeschäftigungseinheiten (VbE) bei angestellten Ärzten) sind zu berücksichtigen.

(3) Ausgleichszahlungen im budgetären Bereich

Die KV Sachsen leistet auf Basis des § 87b Abs. 2a SGB V in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes Ausgleichszahlungen im Bereich der budgetären Leistungen unter folgenden Voraussetzungen:

a) Minderung der aus der MGV zu zahlenden Vergütung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers bei vermindert abgerechneter Leistungsmenge gegenüber dem Vorjahresquartal in Folge der Corona-Pandemie.

   Die Ausgleichszahlung bemisst sich an der Honorardifferenz zwischen den im Vorjahresquartal und im aktuellen Quartal erbrachten budgetären Leistungen, soweit das Honorar aus budgetären Leistungen im aktuellen Quartal geringer aus-

fällt. Um eine Grundlage für die Ermittlung der Ausgleichszahlungen herzustellen, werden die extrabudgetären Honorare für TSVG-Konstellationen und für die mit der Abrechnungsnummer 88240 gekennzeichneten Behandlungsfälle dem budgetären Vergütungsanspruch zugerechnet.

Die jeweiligen Ausgleichsbeträge werden arztweise ermittelt und in der Praxiskonstellation des aktuellen Quartals verrechnet, maximal bis zum Erreichen des GKV-Gesamthonorars des Vorjahresquartals.

Änderungen des Zulassungsstatus (z. B. Voll-/Halbzulassung oder der Anzahl der Vollbeschäftigungseinheiten (VbE) bei angestellten Ärzten) sind zu berücksichtigen.

Die Ausgleichszahlung erfolgt ab einer Höhe von 500 EURO.

Die Verrechnung der Ausgleichsbeträge erfolgt grundsätzlich gegen die frei werdenden Mittel in den entsprechenden Vergleichsgruppen.
(Anpassung mit Umlaufverfahren vom 31. Juli 2020)

b) Für Ärzte und Psychotherapeuten ohne Vorjahresquartal gilt das MGV-bezogene Durchschnittshonorar der Vergleichsgruppe im Vorjahresquartal. Die Höhe der Ausgleichszahlung ist begrenzt auf die durchschnittliche Höhe der Ausgleichszahlung der Vergleichsgruppe. Sofern die Praxistätigkeit im Quartal begonnen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch taggenau ermittelt.

Sofern der Honorarumsatz des Vorjahresquartals aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes (z. B. Krankheit) nicht repräsentativ ist, besteht für den Arzt ein Antragsrecht.

(4) Die Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, vollumfänglich im Rahmen ihres Versorgungsauftrages und mindestens im bisherigen zeitlichen Umfang für die Versorgung von Patienten zur Verfügung zu stehen.

Ganztägige Abwesenheiten und jegliche Änderungen der gemeldeten Sprechstundenzeiten sind ab dem ersten Tag taggleich zu melden. Vertreter sind ebenfalls taggleich zu melden. Die Meldungen haben an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle zu erfolgen.

Der Honorarrückgang darf nicht auf einer Verkürzung der Sprechstundenzeiten der Praxis beruhen, es sei denn, die Verkürzung der Sprechstundenzeiten ist pandemiebedingt (z. B. Einsatz in Corona-Test- und/oder Behandlungszentren, coronabedingte Quarantäne, behördliche Auflagen).

Eine diesbezügliche Erklärung ist mit der Abrechnung einzureichen. Ein entsprechendes, verbindliches Muster wird von der KV Sachsen zur Verfügung gestellt.

(5) Die Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 2 und 3 werden in der Höhe gemindert, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen bzw. Ausgleichszahlungen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Entsprechende Ansprüche/Zahlungen sind der KV Sachsen unverzüglich mitzuteilen. Der Honorarbescheid steht insoweit unter Vorbehalt.

Vergütungen für Tätigkeiten in Corona-Testzentren etc. werden nicht gegengerechnet.

(6) Wenn ein Mindestumsatz gemäß Beschluss des Landesausschusses gewährt wird, ist die Anwendung der vorstehenden Regelungen ausgeschlossen.

§ 11b
Förderung der Honorierung telefonischer Gesprächsleistungen für coronapositive Patienten

Da erwiesen ist, dass es bei coronapositiven Patienten teilweise zur schnellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen kann, wird empfohlen, diese Patienten möglichst engmaschig zu überwachen, was in den meisten Fällen auch über einen telefonischen Kontakt ausreichend ist. Erst bei Hinweis auf eine akute Verschlechterung ist ein Hausbesuch erforderlich.

(1) In Behandlungsfällen Corona-positiver Patienten (Diagnose U07.1 G), in denen die Behandlung ausschließlich als telefonischer Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt, kann beim ersten Kontakt nach EBM die GOP 01435 und ab dem zweiten Kontakt die Pseudo-Ziffer 99435 angesetzt werden. Beim ersten Ansatz dieser Pseudo-Ziffer ist im Begründungsfeld das Datum des positiven Corona-Tests (Datum der Probenentnahme) anzugeben. Die Ziffer ist bis zu zweimal am Tag ansetzbar, maximal bis 14 Tage nach dem Datum des positiven Tests. Die Pseudo-Ziffer hat einen Wert von 10,00 EURO.

In Behandlungsfällen coronapositiver Patienten, in denen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, kann bei telefonischen Kontakten die Pseudo-Ziffer 99435 angesetzt werden. Beim ersten Ansatz dieser Pseudo-Ziffer ist im Begründungsfeld das Datum des positiven Corona-Tests (Datum der Probenentnahme) anzugeben. Die Ziffer ist bis zu zweimal am Tag ansetzbar, maximal bis 14 Tage nach dem Datum des positiven Tests. Die Pseudo-Ziffer hat einen Wert von 10,00 EURO.

Die Pseudo-Ziffer wird außerhalb des RLV/QZV vergütet.

(2) Die Regelung entfällt, wenn entsprechende Regelungen nach § 105 Abs. 3 SGB V abgestimmt werden können oder wenn eine adäquate Leistung in den EBM aufgenommen wird.

§ 11c
Förderung der Honorierung sonstiger telefonischer Gesprächsleistungen

(1) In Behandlungsfällen, in denen pandemiebedingt die GOP 01434 abrechnungsfähig ist, wird als Zuschlag zur GOP 01434 die Pseudo-Ziffer 99436 gezahlt. Die Pseudo-Ziffer hat einen Wert von 10,00 EURO.
Die Pseudo-Ziffer 99436 ist im Behandlungsfall nicht neben der Pseudo-Ziffer 99435 berechnungsfähig.

Die Pseudo-Ziffer wird außerhalb des RLV/QZV vergütet.

(2) Die Regelung entfällt, wenn entsprechende Regelungen nach § 105 Abs. 3 SGB V abgestimmt werden können oder wenn eine adäquate Leistung in den EBM aufgenommen wird.

§ 11d
Förderung der Honorierung von Hausbesuchsleistungen bei coronapositiven Patienten

Wenn bei der Behandlung von coronapositiven Patienten (Diagnose U07.1 G) ein Hausbesuch erforderlich ist, wird für diesen zusätzlichen die Pseudo-Ziffer 99437 für maximal fünf Hausbesuche vergütet. Das Datum des positiven Corona-Tests ist jeweils im Begründungsfeld anzugeben. Die Pseudo-Ziffer hat einen Wert von 20,00 EURO.

§ 11e
Verrechnung der Pseudo-Ziffern

Die sich über die Pseudo-Ziffer 99435, 99436 und 99437 ergebenden Honorare werden mit den Ausgleichszahlungen gemäß § 11a verrechnet.

§ 12
Inkrafttreten

Dieser HVM tritt am 1. Juli 2020 in Kraft und ersetzt den HVM vom. 29. November 2019 in der Fassung der Beschlussfassung im schriftlichen Umlaufverfahren vom 8. April 2020 und vom 22. April 2020.

Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

§ 4 Abs. 2 d) alt (Vorwegabzug für die Leistungen zu den Kinder- und Jugendpsychotherapeutischen Gesprächen (GOP 14220 und 14222 EBM)) tritt am 1. Januar 2020 außer Kraft.

§ 11a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft; die §§ 11b bis 11e treten am 1. April 2020 in Kraft. Die §§ 11a bis 11e treten mit Ablauf des Quartals, in dem die Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurde, außer Kraft, spätestens jedoch am 31. Dezember 2020. Im Übrigen treten die Regelungen nach §§ 11b bis 11d außer Kraft, wenn vergleichbare Regelungen auf Bundesebene beschlossen werden. Die Änderungen des 2. Umlaufverfahrens der VV in § 11 a Abs. 1 und 3 treten zum 1. Januar 2020 in Kraft.

§ 13 tritt mit Beginn des Folgequartals des Quartals in Kraft, in dem die Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag im Bundesanzeiger bekannt gemacht wurde.

§ 13
Anpassung des HVM nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

§ 4 erhält folgenden Wortlaut:

§ 4
Vorwegabzüge im hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen

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

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

Für diese Leistungen gilt:

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

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

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

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

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

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

(2) Im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen wird ein Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen der schmerztherapeutischen Versorgung des Abschnitts 30.7.1 EBM vorgenommen.

Es wird zunächst eine rechnerische Quote über alle Leistungen des Vorwegabzuges ermittelt und die Mindestquotenregelung in § 1 Abs. 6 angewandt.

Die Leistung der GOP 30700 EBM (Grundpauschale für die Versorgung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung) wird vorab aus dem Vorwegabzug mit einer Quote in Höhe von 92,5 % der SGO vergütet.

Die übrigen Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Mindestquote nach § 1 Abs. 6 gilt nicht. Gesamtvertragliche Vereinbarungen sind vorrangig anzuwenden. Fallen diese weg, gilt die HVM-Regelung mit Stand 31. Dezember 2019.

(3) Die Höhe der Mittel für die Vorwegabzüge nach Absatze 2 wird wie folgt festgesetzt, soweit nicht anders angegeben.

Ermittlung des Leistungsanteils der o. g. Leistungen bei der Kalkulation der MGV des entsprechenden Abrechnungsquartals in 2008 und angepasst an die zwischenzeitlichen Veränderungen der MGV (ohne zweckgerichtete MGV-Anteile). Für die Ermittlung des Leistungsanteils der Leistungen nach Abs. 3a gilt die Maßgabe, dass für die Ermittlung des Leistungsanteils die Vorgaben maßgeblich sind.

Die Berechnung wird wie folgt vorgenommen:

a) Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2012) x (1+(0,001635 x 0,15) (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x (1,0129 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2013)) x auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,01168 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2017) x 1,006662 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2018) x 1,004195 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2019) x 1,000805 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2020) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

b) Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2012) x (1+0,001635 x 0,85)) auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x 1,0129 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2013) x auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallender Anteil der Ausgleichszahlung wegen Bereinigung der Psychotherapie 2013 x 1,01168 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2014) x 1,005735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2015) x 1,0128735 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2016) x 1,008956 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2017) x 1,006662 (morbiditäts-

bedingte Veränderungsrate 2018) x 1,004195 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2019) x 1,000805 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2020) x 3,5363 Cent (Regionalpunktwert Quartal III/2013).

c) Allgemeine Regelungen

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

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

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

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

(4) Im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen werden jeweils die weiteren folgenden Vorwegabzüge vorgenommen:

a) Vorwegabzug zur Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (nicht Muster 10/10a)

Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:

1. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der GOP 32025, 32026, 32042 und 32150 EBM werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

2. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM

Bei Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, welche der Vergleichsgruppe 210 angehören, sind (zusammengefasst „Nicht-Laborärzte“ genannt), unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung

(mit Ausnahme der GOP 32860 bis 32865, 32902 , 32904, 32906,32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und32946 EBM). Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.

Die Höhe des praxisbezogenen Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Fachgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis (ohne Muster 10, Bereitschaftsdienst und Notfall). Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM verfügen sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht. Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der fachgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind, oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 EURO berücksichtigt.

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

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

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

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

Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 vergütet.

Das Budget kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antragsteller die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärzte-

kammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

3. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

   Hierunter fallen auch die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmediziner und ermächtigten Fachwissenschaftler der Medizin, welche der Vergleichsgruppe 210 angehören, soweit diese nicht auf Muster 10/10a veranlasst wurden**.**

   Die Leistungen nach Nr. 3 werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

b) Vorwegabzug zur Vergütung von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

   Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

   Die Zuordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung zu dem jeweils zuständigen Versorgungsbereich richtet sich nach dem Versorgungsbereich des beziehenden Arztes.

   Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

   Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 2 Abs. 3 a) Punkt 2.2 geltenden Mindestquote honoriert. Die benötigten Mittel werden entsprechend dem Verhältnis der vom haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des aktuellen Quartals aus diesen beiden Versorgungsbereichen entnommen.

(5) Im fachärztlichen Vergütungsvolumen wird folgender weiterer Vorwegabzug vorgenommen:

   Vorwegabzug zur Vergütung der Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM)

   Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben für diesen Leistungsbereich in das fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden grundsätzlich mit den Preisen nach der Sächsischen Gebührenordnung vergütet. Für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, werden sie quotiert vergütet.

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

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

§ 5 erhält folgenden Wortlaut:

§ 5
Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

(1) Die nach Abzug der Mittel für Rückstellungen, für Vorwegabzüge bzw. für Untervolumina verbleibenden Vergütungsvolumina im haus- bzw. im fachärztlichen Versorgungsbereiches werden jeweils in Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe untergliedert. Diese versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina werden entsprechend Anlage 7 Punkt 1 gebildet. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

(2) Bei Ärzten mit RLV und ggf. QZV gem. Anlage 2a werden die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entsprechend Anlage 7 Punkt 2 auf die nachfolgenden vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche unter Berücksichtigung der Überschüsse und Defizite der Vorquartale gem. Absatz 4 aufgeteilt:

a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV
b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV und
c) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen (FWL)

(3) Vorwegabzüge in den Vergleichsgruppen

Ist eine Vergleichsgruppe von mehreren Vorwegabzügen betroffen, erfolgt zunächst der prozentuale Abzug und danach die Vorwegabzüge mit absoluten Beträgen. Vorrang haben Vorwegabzüge zu Lasten des kompletten Verteilungsvolumens, danach erfolgt die Aufteilung nach RLV/QZV/FWL. Danach erfolgen entsprechende Abzüge aus Untervolumen.

1. Vorwegabzüge in den Vergleichsgruppen

1.1 Vorwegabzüge in den hausärztlichen Vergleichsgruppen

a) Vorwegabzug für Leistungen der Sonographie (Kapitel 33 EBM)

b) Vorwegabzug für Leistungen der Ergometrie (GOP 03321 und 04321 EBM)

c) Vorwegabzug für Leistungen der Langzeit-Blutdruckmessung (GOP 03324 und 04324 EBM)

d) Vorwegabzug für elektrokardiographische Leistungen (GOP 03322 und 04322 EBM)

e) Entwicklungsneurologische Diagnostik im Säuglings- und Kindesalter (GOP 04350, 04351 und 04352)

Die Leistungen der Vorwegabzüge nach Punkt 1.1. werden nach SGO vergütet.
Sofern diese Leistungen durch Hausärzte erbracht wurden, die aufgrund ihrer Zulassung

den fachärztlichem Versorgungsbereich angehören, gelten die Vorwegabzüge analog im fachärztlichen Versorgungsbereich.

1.2 Vorwegabzüge in haus- und fachärztlichen Vergleichsgruppen

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

Voraussetzung für die Vergütung ist eine entsprechende Diagnose des Versicherten.

Die Leistungen werden nach SGO vergütet.

b) Vorwegabzug zur Vergütung von schriftlichen Mitteilungen und Gutachten (Leistungen des Abschnitts 1.6 des EBM)

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

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

Die Höhe der Mittel richtet sich nach dem den Bereich Sachsen betreffenden Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung. Die Aufteilung auf die Vergleichsgruppe erfolgt entsprechend der Anteile der Vergleichsgruppen 2019. Verbleibende Mittel werden dem Vorwegabzug dem nächsterreichbaren Quartal zugeführt.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

Für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern gelten diese Regelungen entsprechend.

d) Vorwegabzug zur Vergütung der Hausbesuche (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM).

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

f) Vorwegabzug zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) bei Überweisungsfällen zur Durchführung aus-

schließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21)

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

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

Die Höhe der Mittel wird wie folgt festgesetzt:

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

h) Vorwegabzug zur Vergütung des problemorientierten ärztlichen Gespräches im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230, 03231, 04230 und 04231 EBM)

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

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

Für die Punkte a bis h gelten folgende Regelungen:

Das Budget für Vorwegabzüge, die einer Leistungssteuerung unterliegen, bildet sich auf Basis des vergüteten Honorars des entsprechenden Quartals im Jahr 2019 unter Berücksichtigung der Auswirkungen der EBM-Reform und der im jeweiligen Jahr geltenden kumulierten Steigerungsfaktoren für den Orientierungspunktwert.

Das Budget für Vorwegabzüge ohne Leistungssteuerung bildet sich auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Berücksichtigung einer möglichen Leistungsausweitung und von Bewertungsänderungen der betroffenen Leistungen.

Sofern Über- oder Unterdeckungen in einzelnen Vorwegabzügen entstehen, werden diese, sofern nichts anderes geregelt ist, mit den RLV/QZV-volumen des nächsterereichbaren Quartals verrechnet.

i) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen der GOPs 38100 und 38105 EBM (Delegationsfähige Leistungen).

Die Höhe des Vorwegabzuges ermittelt sich aus dem umgerechneten Leistungsbedarf der ehemaligen GOPs 40240 und 40260 EBM.

Diese Leistungen werden nach der SGO vergütet.

j) Vorwegabzug zur Vergütung der Palliativmedizin

Die Höhe des Vorwegabzugs ergibt sich aus dem betreffenden Beschluss des Bewertungsausschusses.

Die Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 90 % der Preise der sächsischen Gebührenordnung.

k) Vorwegabzug zur Vergütung bei Sonderverträgen mit Vertragsbeteiligung der KV Sachsen

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

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

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

m) Vorwegabzug vor der Aufteilung nach Absatz 2 in den Vergleichsgruppen zur Vergütung von allgemeinen psychosomatischen Leistungen (GOP 35100 und 35110 EBM)

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

Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM erfolgt aus einem arztindividuellen Budget (Psychosomatik-Volumen) in Höhe der SGO. Die das Volumen übersteigende Leistungen werden nicht vergütet. Das Psychosomatik-Volumen ergibt sich aus der Multiplikation des durchschnittlichen vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes für die genannten Leistungen mit den Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt des Arztes mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im aktuellen Quartal, in denen eine arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gemäß EBM innerhalb der Verrechnungsgruppe des Arztes abgerechnet wurde. Außerbudgetäre Fälle aufgrund von TSVG- und ähnlichen Regelungen werden bei der Budgetbildung nicht berücksichtigt.

Abweichend hiervon entspricht in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach Satz 4 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an dieser Arztfallzahl der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs.

Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle nach Satz 4 der Arztpraxis.

Der Fallwert für psychosomatische Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM ergibt sich je Vergleichsgruppe aus der Division des angeforderten Honorars für die genannten Leistungen im Jahr 2016 und den Behandlungsfällen entsprechend Satz 4 der Ärzte mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im Jahr 2016. Der Fallwert wird an die Ergebnisse der EBM-Reform angepasst.

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

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

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

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

n) Vorwegabzug vor der Aufteilung nach Absatz 2 zur Vergütung des Zuschlages in Höhe der SGO für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225 EBM) in der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde

Der Zuschlag wird den Fachärzten für Augenheilkunde gewährt, die keine Leistung des ambulanten Operierens gemäß Nr. 6 der Präambel zu Abschnitt 6.1 des EBM abgerechnet haben.

Darüber hinaus erhalten Fachärzte für Augenheilkunde, die Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM im aktuellen Quartal erbracht haben, einen Zuschlag in Höhe der GOP 06225 EBM für jeden Behandlungsfall, bei dem keine Leistung der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM und/oder der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) vergütet wird, wenn ihr Leistungsbedarf für Leistungen der Intraocularen Eingriffe (GOP 31350, 31351, 36350 und 36351 EBM) und der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) im zuletzt abgerechneten und verfügbaren Quartal nicht höher ist als das Doppelte der Punktmenge aus der Anzahl der nach GOP 06225 EBM zuschlagsfähigen Fälle nach o. g. Definition seiner aktuellen Abrechnung multipliziert mit der Bewertung der GOP 06225 EBM in Punkten.

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

a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),
b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
sowie
c) Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM

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

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

(6) Die Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V wird aus dem jeweiligen fachärztlichen Verteilungsvolumen vorgenommen. Der Abzug wird im nächsterreichbaren Quartal zu Lasten derjenigen fachärztlichen Vergleichsgruppe vorgenommen, bei der kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminvermittlungsstelle ersatzweise vorgenommen wurde.

Die Anlage 1 erhält folgenden Wortlaut:

Tabelle QZV

Die QZV 72 bis 78 (Sonographie) gelten nur im fachärztlichen Versorgungsbereich.

Die Leistungen der Ergometrie (GOP 03321 und 04321 EBM) werden aus dem QZV 12 herausgelöst.

Die Leistungen der Langzeit-Blutdruckmessung (GOP 03324 und 04324 EBM) werden aus dem QZV 31 herausgelöst.

Elektrokardiographische Leistungen (GOP 03322 und 04322 EBM) werden aus dem QZV 32 herausgelöst.

Entspricht der Veröffentlichung im Internet.

Die Anlage 7 erhält folgenden Wortlaut:

Aufteilung auf und innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

1. Aufteilung auf die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

Ab dem Quartal nach Pandemieende werden die Mittel für die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina wie folgt gebildet:

Schritt 1: Ermittlung der vergleichsgruppenindividuellen Auszahlungsquote 2019 für die aus der Vergleichsgruppe zu honorierenden Leistungen unter Berücksichtigung der prognostizierten Auswirkungen der EBM-Reform.

Schritt 2: Ermittlung der mittleren Auszahlungsquoten getrennt nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich für die unter Schritt 1 ermittelten Quoten.

Schritt 3: Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die Mittel für die einzelne Vergleichsgruppe so zugewiesen, dass die honorierten Leistungen der jeweiligen Vergleichsgruppe 2019 mit der mittleren Auszahlungsquote des Jahres 2019 des hausärztlichen Versorgungsbereiches nach Schritt 2 bewertet werden können. Die Mittel je Vergleichsgruppe werden festgestellt und das prozentuale Verhältnis der Mittel der hausärztlichen Vergleichsgruppen untereinander ermittelt. Dieses Verhältnis gilt im ersten und allen Folgequartalen nach Inkrafttreten der Regelung als Maßstab zur Aufteilung der Mittel auf die Vergleichsgruppen. Im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgen keine weiteren Anpassungen.

Schritt 4: Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gilt: Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe nach Schritt 1 im Vergleich zu der mittleren Quote 2019 des Facharztbereichs innerhalb eines Korridors von +/- 7 %, bleiben die Mittel für diese Vergleichsgruppe unverändert.

Ab dem 5. Quartal nach Inkrafttreten von § 13 gilt ein 4,5-%-Korridor.
Ab dem 9. Quartal nach Inkrafttreten von § 13 gilt ein 2-%-Korridor.

Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe außerhalb des genannten Korridors, so werden die Mittel der Vergleichsgruppen, die über dem genannten Korridor liegen, anteilig auf die Vergleichsgruppen, deren Quote unterhalb des genannten Korridors liegen, maximal bis zum Erreichen des Korridors, verteilt.

Die Mittel je Vergleichsgruppe werden festgestellt und das prozentuale Verhältnis der Mittel der fachärztlichen Vergleichsgruppen untereinander ermittelt. Dieses Verhältnis gilt im ersten und allen Folgequartalen nach Inkrafttreten der Regelung als Maßstab zur Aufteilung der Mittel auf die Vergleichsgruppen.

Vergleichsgruppenwechsel werden berücksichtigt. Basis des Vergleichsgruppenwechsels ist das angeforderte Honorar nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung multipliziert mit dem Anteil der vergleichsgruppenspezifischen Gruppe nach Schritt 4.

2. Aufteilung innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

Von den unter Punkt 1 ermittelten Verteilungsvolumina werden die vergleichsgruppenspezifischen Vorwegabzüge abgezogen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VV_{VGR}: vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen
Dabei werden die Anpassungsfaktoren gemäß Punkt 3 berücksichtigt.

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

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

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

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

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

Anlage 1

Tabelle QZV

Entspricht der Veröffentlichung im Internet.

Entfall QZV 25 (Kardiologie II) ab 1.4.2020

Anlage 2a
Ärzte mit RLV und ggf. QZV

Vergleichsgruppe	Bezeichnung	
Hausärztlicher Versorgungsbereich		
001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	
004	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
Fachärztlicher Versorgungsbereich		
007	Fachärzte für Anästhesiologie	
008	Fachärzte für Augenheilkunde	
009	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie und für Gefäßchirurgie	
010	Fachärzte für Frauenheilkunde	
012	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
013	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	
014	Fachärzte für Humangenetik	
015	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
016	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	
017	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	
018	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	
019	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	
020	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	
024	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	
025	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	
026	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
027	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	
028	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie)	
030	Fachärzte für Neurologie	
031	Fachärzte für Nuklearmedizin	
032	Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	
036	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie	
047	Fachärzte für Urologie	
048	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	

Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

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

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

Anlage 2b
Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200

Folgende Leistungserbringer bilden die Vergleichsgruppe 200:

a) niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten

b) niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

c) niedergelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

d) niedergelassene Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfes (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 18 Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinien

Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt d) ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarfes aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorvorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Anteils erfolgt erstmals im 1. Quartal des aktuellen Jahres und gilt bis zum 4. Quartal des aktuellen Jahres. Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.

Anlage 2c
Ärzte ohne RLV

Vergleichsgruppe 049 - schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM

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

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

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

Vergleichsgruppe 220 - Fachärzte für Strahlentherapie

Anlage 3
Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen

a) Bereich vor Aufteilung der MGV auf die Vergütungsvolumina

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

b) Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich

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

1.1 Unter- oder Überschüsse im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen

Es werden Rückstellungen gebildet für den Ausgleich von Unterschüssen im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen. Der auf das Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Finanzierungsanteil an dem Unterschuss richtet sich nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals.

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

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

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

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

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

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

3.1 Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen, soweit das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist.

3.2 Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, soweit nicht anders geregelt und das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist. Darunter fallen auch Rückstellungen zur Übertragung vom haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich für die Übernahme des hausärztlichen Versorgungsauftrages durch Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V

3.3. Abzug für die Entschädigung einer Arztpraxis gemäß § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V. Der Abzug wird in den nächsterreichbaren Quartalen aus dem Verteilungsvolumen derjenigen haus- bzw. fachärztlichen Vergleichsgruppe entnommen, dem die Praxis angehört.

3.4 Abzug für die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen für haus- bzw. fachärztliche Eigenpraxen der KV Sachsen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Gebiet oder in einem Teil eines Gebietes eines Zulassungsbezirks errichtet wurden. Der Abzug erfolgt aus dem Verteilungsvolumen derjenigen haus- bzw. fachärztlichen Vergleichsgruppe, der die Praxis angehört. Die Höhe des Sicherstellungszuschlages richtet sich nach der tatsächlichen Kostendeckung bei der Eigenpraxis. Der Abzug wird im nächsterreichbaren Quartal vorgenommen. Überschüsse werden der entsprechenden Vergleichsgruppe zugeführt.

3.4a Abzug für die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen bzw. Maßnahmen auf Beschluss des Landesausschusses nach § 105 Abs. 4 SGB V (KV-Anteil).

3.5 Rückstellungen für gesamtvertragliche Verpflichtungen

3.6 Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches

3.7 Rückstellungen für den Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen (u. a. Praxisbesonderheiten)

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gelten folgende Vorschriften:

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

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

Ist die Differenz zwischen der quartalsdurchschnittlichen Antragssumme im Jahr 2013 aufgrund positiver Bescheidung und dem entsprechenden Rückstellungsbetrag aufgrund der Vergleichsgruppenanteile positiv, erfolgt gemäß den folgenden Maßgaben ein zusätzlicher Finanzausgleich:

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

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

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

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

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

b) Die aus positiven Antragsbescheidungen für eine Vergleichsgruppe zu finanzierenden Finanzmittel werden ab dem 4. Quartal 2014 übergangsweise jeweils der der Vergleichsgruppe zugeordneten Rückstellung entnommen. Werden die Mittel überschritten, wird die Differenz aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe des nächsterreichbaren Quartals entnommen. Bei einer Vergleichsgruppe mit einer RLV-/QZV-Quote unter 0,5 im aktuellen Quartal wird die Differenz zu Lasten aller Vergleichsgruppen entnommen.

c) Die entsprechend den o. g. Vorschriften vergleichsgruppenspezifisch gebildeten Mittel werden im nächsterreichbaren Quartal in die Vergütungsvolumina der Vergleichsgruppen überführt. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Finanzierung von positiv beschiedenen Anträgen aus dem jeweils betroffenen Vergütungsvolumen einer Vergleichsgruppe. Bei einer Vergleichsgruppe mit einer RLV-/QZV-Quote unter 0,5 im aktuellen Quartal werden die Mittel, die das zugeführte Finanzvolumen für Anträge überschreiten, zu Lasten aller Vergleichsgruppen entnommen.

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

3.9 Abzug für die gesonderte Vergütung von Praxisnetzen gemäß § 4 Abs. 1e (jeweils für am Praxisnetz beteiligte Haus- bzw. Fachärzte)

3.10 Vorwegabzug für die Förderung von Ärzten jeweils des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches in Weiterbildung (KV-Anteil)

3.11 Zuführungen bzw. Abzüge aus den FKZ-Salden gegenüber dem jeweiligen Vergütungsvolumen. Nicht zuordenbare Anteile werden entsprechend dem Verhältnis zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich auf diese Bereiche aufgeteilt.

3.12 Zuführung aus Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V und § 291 Abs. 2b SGB V, soweit innerhalb der MGV erbrachte Leistungen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches betroffen sind.

3.13 Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt ein Abzug für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V i. V. m. § 5 Abs. 8. Der Abzug wird in den nächsterreichbaren Quartalen aus dem Verteilungsvolumen derjenigen fachärztlichen Vergleichsgruppe entnommen, dem die Praxis angehört)

3.14 Für alle Finanzflüsse nach den Punkten 1 bis 3 gilt, dass diese bei der Bildung des Ausgangswertes der Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt bleiben. Für alle Rückstellungen gilt, dass diese in einem gemeinsamen Rückstellungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches zusammengeführt werden. Nicht benötigte Rückstellungen bzw. Überschüsse werden als Rückstellungen in Folgequartale verwandt oder werden in Folgequartalen in das Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches zurückgeführt.

Anlage 4
Bildungsvorschriften für RLV und QZV

A) Bildungsvorschriften zum RLV

(1) fachärztlicher Versorgungsbereich

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

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

RLV_{Arzt}: Regelleistungsvolumen pro Arzt

FW_{VGR}: vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes

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

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

(2) hausärztlicher Versorgungsbereich

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

AK1 = Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
AK2 = Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
AK3 = Versicherte ab Beginn 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
AK4= Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
AK5= Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

$$RLV_{Arzt} =$$

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

RLV_{Arzt}: Regelleistungsvolumen pro Arzt
FW_{VGR}: vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert je Altersklasse
FZ_{Arzt}: RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß § 7 Abs. 2 je Altersklasse

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

b) Die Vorschriften unter a) gelten für die Bildung der RLV von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit folgenden Maßgaben:

Die RLV-Fallwerte der Altersklassen AK1 und AK2 werden in einem ersten Schritt in Höhe der jeweils zutreffenden aktuellen Werte der Versichertenpauschale der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für diese Altersgruppen festgesetzt und die entsprechenden Mittel bestimmt.

Die RLV-Fallwerte der Altersklassen AK3 bis AK5 werden in Höhe der jeweils zutreffenden aktuellen RLV-Fallwerte der Fachärzte für Allgemeinmedizin (Vergleichsgruppe 001) festgesetzt und die entsprechenden Mittel bestimmt.

Die verbleibenden Mittel werden auf die für die Bildung der RLV-Fallwerte der Altersklassen AK 1 und AK2 zur Verfügung stehenden Mittel so aufgeteilt, dass sich eine gleichmäßige prozentuale Steigerung beider RLV-Fallwerte ergibt.

c) Die Vorschriften unter a) gelten für die Bildung der RLV von Fachärzten für Allgemeinmedizin mit folgenden Maßgaben:

Die RLV-Fallwerte der Altersklasse AK1 und AK2 dürfen nicht diejenigen der Kinderärzte überschreiten.

Berechnungsvorschriften zum QZV-Fallwert

Der QZV-Fallwert wird nach folgender Formel berechnet:

$$QZV\text{-}FW_{VGR}^{l\text{-}n} = \frac{QZV_{VGR}^{l\text{-}n}}{QZV\text{-}Leistungsfälle_{VGR}^{l\text{-}n}}$$

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

Anlage 5
Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

Bildungsvorschrift des RLV-Fallwertes

Bei der Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes wird wie folgt vorgegangen:

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen des Versorgungsbereiches gemäß § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung,

2. Berechnung des RLV-Vergütungsbereiches je Vergleichsgruppe gemäß § 5 Abs. 2 dieser Vereinbarung,

3. Ermittlung der Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 7 Abs. 2 (im fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung der Fallwertabstaffelungsregelung gemäß § 7 Abs. 3 sowie Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,

4. Die Ermittlung der RLV-Fälle des hausärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt nach Altersklassen gemäß Anlage 4 A) (2)

5. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Formel:

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

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

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

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

Die sich rechnerisch ergebenden RLV-Fallwerte werden kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.
Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013 wird die Abstaffelungsregelung im hausärztlichen Versorgungsbereich nach § 7 Abs. 3 bei der Ermittlung der Fallwerte berücksichtigt.

6. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Vorgehensweise:

   (a) Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen nach folgender Vorschrift:

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

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

- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster D).

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

(b) Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe,

(c) Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes nach folgender Formel:

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

FW_{VGR}:	vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert
RLV_{VGR}:	Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb RLV
FZ_A:	RLV-relevante Fallzahl Cluster A
FZ_B:	RLV-relevante Fallzahl Cluster B
FZ_C:	RLV-relevante Fallzahl Cluster C
FZ_D:	RLV-relevante Fallzahl Cluster D

Anlage 6
Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

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

(1) Das Bereinigungsvolumen je ASV-Diagnose gem. § 116b Abs. 6 S. 13 und 14 SGB V ist gemäß der Vorgabe der KBV bis auf die Arztebene je Quartal zu berücksichtigen.

(2) Das Bereinigungsvolumen wird auf die zur ASV-Teilnahme berechtigten Arztgruppen mit dem Anteil der Arztgruppe an der festgesetzten durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patienten komplett aufgeteilt und das jeweilige Verteilungsvolumen, ggf. differenziert nach den Bereichen gemäß § 5 Abs. 2, entsprechend vermindert.

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

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

(3) Bei jedem teilnehmenden Arzt der Anlage 2a wird die Fallzahl der arztindividuell abgerechneten ASV-Patienten bei der RLV-Zuweisung mindernd berücksichtigt. Die Berücksichtigung findet im entsprechenden Quartal des Folgejahres statt und wird dadurch umgesetzt, dass die ASV-Leistungserbringung bereits mindernd in die Basisfallzahl bei der Festsetzung des RLV eingeflossen ist. Eine Überprüfung auf Plausibilität erfolgt im Rahmen der regulären Prüfverfahren.

(4) In der Einführungsphase je ASV erfolgt in den Jahren 2 und 3 eine Differenzbereinigung jeweils zum Vorjahresquartal. Ab dem Jahr 4 wird die Bereinigung aus Jahr 3 basiswirksam fortgeschrieben.

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

A) Gegenstand

(1) Anlage 6 Punkt 2. regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach § 73b SGB V.

(2) Die unter Punkt 2. getroffenen Regelungen gelten nur für Selektivverträge mit ex ante-Einschreibung der Versicherten

(3) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Bereich der Bereinigung von RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 63, 73b und 140a ff SGB V gelten vorrangig.

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

B) Voraussetzungen

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

C) Bereinigungsverfahren der MGV bei bereichseigenen Selektivverträgen

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

D) Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

(1) Bereichseigene Selektivverträge sind Selektivverträge, an denen Vertragsärzte aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen. Eine Bereinigung erfolgt für Versicherte mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen.

(2) Eine Bereinigung der RLV/QZV erfolgt nur, wenn das Basisquartal bzw. der Basiszeitraum für die Ermittlung der RLV/QZV nicht das aktuelle Abrechnungsquartal ist.

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

E) Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

(1) Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.

(2) Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

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

Die Verteilung auf die Vergütungsvolumina und Untervolumina erfolgt unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage.

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

A) Gegenstand

(1) Anlage 6 Punkt 3. regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach § 140a ff. SGB V mit situativer Einschreibung von Versicherten.

(2) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Bereich der Bereinigung von RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 63, 73b und 140a ff SGB V gelten vorrangig.

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

B) Voraussetzungen

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

C) Bereinigungsverfahren der MGV bei bereichseigenen Selektivverträgen

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

D) Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

(1) Bereichseigene Selektivverträge sind Selektivverträge, an denen Vertragsärzte aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen. Eine Bereinigung erfolgt für Versicherte mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen.

(2) Eine Bereinigung der RLV/QZV erfolgt nur, wenn das Basisquartal bzw. der Basiszeitraum für die Ermittlung der RLV/QZV nicht das aktuelle Abrechnungsquartal ist.

(3) Der Bereinigungsfallwert je Versicherten wird unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage bereinigt. Die größte Zuordnungsebene stellen dabei die Vergütungsvolumina für laboratoriumsmedizinische Leistungen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Hausärztlichen und Fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Untervolumina Genetisches Labor und PFG dar. Die kleinste Zuordnungsebene stellt das praxisspezifische RLV/QZV dar.

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

E) Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

(1) Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.

(2) Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

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

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

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

5. Bereinigungsverfahren im Rahmen von § 87a SGB V

Sobald die Bereinigungssummen nach § 87 a SGB V in der in die Verteilung eingehenden MGV wirksam werden, wird das Bereinigungsvolumen auf diejenigen Verteilungs- und Vergütungsvolumina aufgeteilt, welche von der Bereinigung betroffen sind.

6. Rückstellungen

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

Anlage 7
Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

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

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

VV_{VGR}: vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

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

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

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

Dabei werden die Anpassungsfaktoren nach Punkt 3 berücksichtigt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VV_{VGR}: vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen
Dabei werden die Anpassungsfaktoren gemäß Punkt 3 berücksichtigt.

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

3. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren
Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt (GOP EBM)	Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a	Anpassungsfaktor
1. Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354 EBM) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	004, 005	1,0298
2. Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3 EBM)	012	1,1452
3. Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	026, 028, 035	1,2425
4. Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215 EBM)	028	1,1594
5. Ausgliederung einer Gesprächsleistung	030	1,0470
6. Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3 EBM)	034	1,1461
7. Bereinigung von Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	009	0,9974
	010	0,9761
	013	0,9801
	018	0,9985
	027	0,9327
	047	0,9686
8. Berücksichtigung von Zuführungen für Leistungen zu Probeextensionen aus regionalen Vereinbarungen und deren Einführung im EBM.	013	1,0257
9. Anhebung der Bewertung der Leistungen der Akupunktur (Abschnitt 30.7.3 EBM)		1,1733
10. Steigerung der Bewertung der Leistung der MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7 EBM)		1,1706
11. Anhebung der Bewertung der Leistung der Polysomnografie (GOP 30901 EBM)		1,2063
12. Anhebung der Bewertung der Leistungen der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1 EBM)		1,3223

13. Bewertung der GOP 38100 vormals GOP 40240		1,4902
14. Bewertung der GOP 38105 vormals GOP 40260		1,5000
15. Anhebung der Bewertung der GOP 34291 EBM		1,0293
16. Anhebung der Bewertung der GOP 03000 - Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahr		1,0047
17. Anhebung der Bewertung der GOP 04000 - Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahr		1,0047
18. Anhebung der Bewertung der GOP 34600 und 34601 - Osteodensitometrische Untersuchung I und II		1,06646
19. Anhebung der Bewertung (GOP 08411) - Geburt		1,03729

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

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

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

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

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