KVS

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Die Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabs der KV Sachsen

Gültigkeit ab 1. Januar 2022

www.kvsachsen.de

Inhaltsverzeichnis

Einführung 3

1 Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 5

2 Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich 6
- **2.1** Vorwegabzüge/Zuführungen 7
- **2.2** Praxisvolumen mit Leistungssteuerung 8
- **2.3** Zuschläge für Förderungen 10
- **2.4** Honorierung für übrige Leistungen 11
- **2.5** Honorarzusammensetzung 11

3 Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich 12
- **3.1** Vorwegabzüge/Zuführungen **vor** Bildung der Vergleichsgruppenvolumen . . . 13
- **3.2** Vergütung aus Vergleichsgruppenbudgets 14
  - **3.2.1** Ermittlung des Vergleichsgruppenbudgets für eine Vergleichsgruppe 14
  - **3.2.2** Konvergenzregelung 15
  - **3.2.3** Ermittlung des RLV-/QZV-Budgets und Fallwertberechnung für eine Vergleichsgruppe mit RLV 17
  - **3.2.4** Vergleichsgruppen ohne RLV 20
- **3.3** Honorarzusammensetzung 20

4 Glossar und Abkürzungsverzeichnis 21

Einführung

Seit dem 1. Januar 2022 erfolgt Ihre Honorarberechnung nach veränderten Regelungen. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen die Grundprinzipien des neuen Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) in anschaulicher und nachvollziehbarer Weise erläutern. Die vollständigen Regelungen finden Sie auf der Internetpräsentation der KV Sachsen unter: **www.kvsachsen.de > Verträge > HVM 2022**

Warum gibt es einen neuen Honorarverteilungsmaßstab?

Die Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabs wurde notwendig, weil der Bemessungszeitraum des bisherigen HVM auf dem Leistungsgeschehen des Jahres 2008 beruhte und die Neuregelungen aus der EBM-Reform berücksichtigt werden mussten.

Was sind die grundlegenden Neuregelungen seit 1. Januar 2022?

NOT-HVM tritt außer Kraft

- Finanzierung von Ausgleichshonoraren entfällt
- Förderung coronaspezifischer Leistungen erfolgt nur noch eingeschränkt und temporär

Hausärztlicher Versorgungsbereich

- Aufhebung der Regelungen zum Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)
- Einführung einer neuen Art der Honorarverteilung
  - Einführung von Praxisvolumen
  - Förderung ausgewählter Leistungen
  - Vergütung der übrigen Leistungen zu 100 Prozent

Fachärztlicher Versorgungsbereich

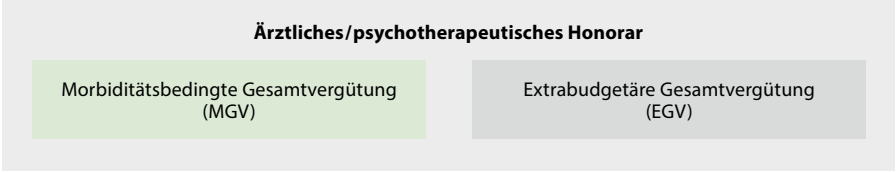
- Aktualisierung des Basiszeitraumes für die Bildung der Mittel in den fachärztlichen Vergleichsgruppenbudgets von 2008 auf **2019** (Abbildung der zwischenzeitlich differenten Leistungsentwicklung)
- Einführung einer **Konvergenzregelung** zur schrittweisen Angleichung der mittleren Auszahlungsquoten der Fachgruppen für RLV-/QZV-Leistungen
- Berücksichtigung der Auswirkungen der EBM-Reform

Wie setzt sich das ärztliche bzw. psychotherapeutische Honorar zusammen?

Ihr Honorar setzt sich grundsätzlich zusammen aus:

- Vergütungen aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und
- der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) – diese Leistungen werden ausnahmslos unquotiert vergütet.

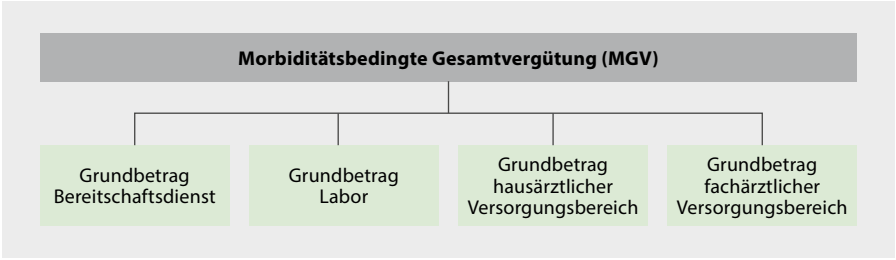
Nachfolgende Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.



1 Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Vergütung Ihrer Leistungen wird primär durch den EBM bestimmt, aber durch den **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)** vor allem im Sinne einer Mengensteuerung zusätzlich beeinflusst.

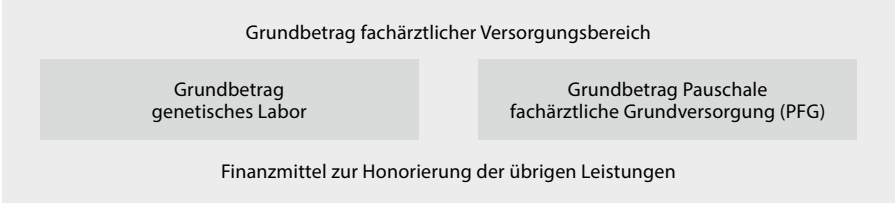
Die Verteilung der MGV, welche die Krankenkassen quartalsweise an die KV Sachsen überweisen, erfolgt nach bundeseinheitlichen Vorgaben auf **vier Grundbeträge**.



Die Honorarverteilung in den beiden Versorgungsbereichen **Bereitschaftsdienst** und **Labor** beruht dabei weitestgehend auf **Vorgaben der KBV und des Gesetzgebers**.

Die Vorgaben zur Honorarverteilung in den Grundbeträgen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich regelt in erster Linie der **HVM der KV Sachsen**.

Im Grundbetrag **fachärztlicher Versorgungsbereich** besteht dabei die Besonderheit, dass hier **zwei weitere Grundbeträge** definiert wurden, deren Bildungsvorschriften ebenfalls von der KBV vorgegeben sind. Die Verteilung der Mittel innerhalb dieser Grundbeträge kann durch die KV regional geregelt werden.



Die Weiterentwicklung des HVM wirkt sich vor allem auf die **Honorarverteilung innerhalb der Grundbeträge des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs** aus.

2 Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich

Bisher:

Vorwegabzüge/Zuführungen
– allgemeine Rückstellungen/Zuführungen
– Leistungen aus Vorwegabzügen

Vergleichsgruppenvolumen
– abzüglich Praxisvolumen Psychosomatik

Budget FÄ Allgemeinmedizin/ hausärztliche Internisten etc.
RLV
QZV (ggf. mehrere)

Budget FÄ Kinder- und Jugendmedizin
RLV
QZV (ggf. mehrere)

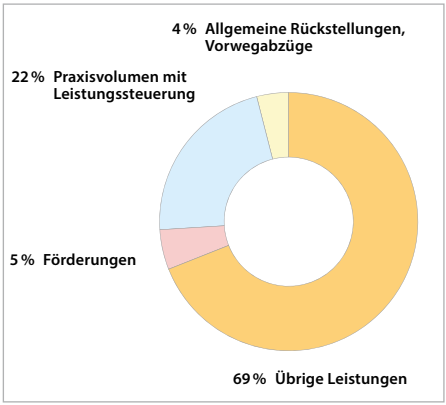
NEU seit 1. Januar 2022:

Vorwegabzüge/Zuführungen
– allgemeine Rückstellungen/Zuführungen
– Leistungen aus Vorwegabzügen

Praxisvolumen mit Leistungssteuerung

Zuschläge für Förderungen

Honorierung der übrigen Leistungen (Quote: 100 Prozent)



- Leistungen aus den **Vorwegabzügen** werden nach EBM zu **100 Prozent** vergütet (Ausnahme: Labor) und unterliegen keiner Mengensteuerung.
- **Praxisvolumen mit Leistungssteuerung** unterliegen einer arzt-/praxisindividuellen Mengensteuerung, sie gelten für Psychosomatik, Entwicklungsdiagnostik, Geriatrie und Chronikerpauschalen.
- Alle verbliebenen Leistungen werden unter **„übrige Leistungen“** zusammengefasst. Diese – und damit ein Großteil Ihrer Leistungen (69 Prozent) – werden gemäß EBM ohne Leistungssteuerung zu **100 Prozent** vergütet.
  Zu den übrigen Leistungen zählen vor allem die allgemeinen Aufgaben der hausärztlichen Versorgung (u. a. Versichertenpauschalen, *siehe* Abschnitt 2.4.).

2.1 Vorwegabzüge/Zuführungen

Allgemeine Rückstellungen/Zuführungen

- Unter-/Überschüsse aus Grundbeträgen Labor und Bereitschaftsdienst
- Rückstellungen für Sicherstellung und Weiterbildungsassistenten
- Abzüge/Zuführungen Fremdkassenzahlungsausgleich
- Zuführungen aus Honorarkürzung § 95 d SGB V (Fortbildung) und §§ 91/341 SGB V (TI-Anbindung)

Leistungen aus Vorwegabzügen, u. a.

- Praxisnetze
- Krankenhausleistungen § 120 Abs. 3a SGB V (Terminvermittlung)
- Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM
- Eigenlabor/Laborgemeinschaften – Leistungssteuerung

- Die vollständige Auflistung finden Sie im ↘ HVM § 5 Abs. 3.

2.2 Praxisvolumen mit Leistungssteuerung

Die folgenden Leistungsbereiche unterliegen einer arzt- bzw. praxisindividuellen (= fallzahlbezogenen) Mengensteuerung:

- Psychosomatik (GOPs: 35100, 35110)
- Entwicklungsdiagnostik (GOPs: 04350, 04351, 04352, 04353)
- Geriatrie (GOPs: 03360, 03362)
- Chronikerpauschale

Allgemein gilt

- Vergütung innerhalb des Budgets nach Sächsischer Gebührenordnung (= unquotiert). **Keine** Vergütung der das Budget **übersteigenden** Leistungen.

Fallwertberechnung (Arztgruppe)

Budgetbildung (Praxis)

Besonderheiten der Budgetbildung

Psychosomatik
- Aktualisierung des Honorar-Basiszeitraumes von bisher 2016 auf **2019**. Durch den zwischenzeitlichen Rückgang der abgerechneten Leistungen der GOPs 35000 und 35100 sinkt der (auf die Gesamtfallzahl bezogene) Fallwert.
- ansonsten wie bisher

Entwicklungsdiagnostik (nur Kinderärzte)
- Budget-Berechnung erfolgt altersklassenspezifisch
- Ermittlung der Fallwerte
  – bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
  – ab Beginn 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Geriatrie (nur Fachärzte für Allgemeinmedizin/hausärztliche Internisten)
- Budget besteht aus einem **fixen** und einem **variablen** Honoraranteil
  – **fixer Honoraranteil:** 500 Euro/Arzt (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs)
  – **variabler Honoraranteil:** Budgetberechnung nur für die Altersklasse **ab Beginn 76. Lebensjahr**

Chronikerpauschale
- Gesamte Budget-Berechnung erfolgt altersklassenspezifisch
- Ermittlung der Fallwerte in **fünf separaten Altersklassen**
  – bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
  – ab Beginn 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
  – ab Beginn 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
  – ab Beginn 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
  – ab Beginn 76. Lebensjahr

Budgetbildung exemplarisch

Budget Psychosomatik	=	Anzahl Fälle	×	Fallwert		
Budget Entwicklungsdiagnostik	=	Anzahl Fälle bis 4 Jahre	×	Fallwert 1		
		Anzahl Fälle 5–18 Jahre	×	Fallwert 2		
Budget Geriatrie	=	Anzahl GOP 03005	×	Fallwert	+	500 €/Arzt
Budget Chroniker	=	Anzahl Fälle bis 4 Jahre	×	Fallwert 1		
		Anzahl Fälle 5–18 Jahre	×	Fallwert 2		
		Anzahl Fälle 19–54 Jahre	×	Fallwert 3		
		Anzahl Fälle 55–75 Jahre	×	Fallwert 4		
		Anzahl Fälle ab 76 Jahre	×	Fallwert 5		

Die vollständige Auflistung der Fallwerte finden Sie unter: **www.kvsachsen.de** > Mitglieder > Honorar > Honorardaten

2.3 Zuschläge für Förderungen

Förderung Hausbesuche (zu jeder abgerechneten nachfolgenden GOP)

- GOP 01410 –> **10 Euro**
- GOP 01413 –> **5 Euro**
- GOP 01415 –> **15 Euro**

Förderung ausgewählter Versichertenpauschalen

- GOPs 03001, 04001 bzw. 03005, 04005 –> **7 Euro**

  Die Förderung erfolgt nur bis zu einer Fallzahl von 30 Prozent über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe.

- Sofern die Honorarmittel zur unquotierten Vergütung der übrigen Leistungen (*siehe* Abschnitt 2.4.) nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Förderung der Hausbesuche und Versichertenpauschalen.
- Sofern Honorarmittel verbleiben, legt der Vorstand fest, inwieweit diese in das Folgequartal übertragen bzw. für eine Erhöhung der Förderung der o. g. Versichertenpauschalen eingesetzt werden.

2.4 Honorierung für übrige Leistungen

Vergütung nach Sächsischer Gebührenordnung, d. h. zu 100 Prozent ohne Leistungssteuerung gemäß HVM.

- Dies betrifft alle bisherigen RLV-/QZV-Leistungen mit Ausnahme von Leistungen aus zuvor genannten Vorwegabzügen und Praxisvolumen (Psychosomatik, Entwicklungsdiagnostik, Geriatrie und Chronikerpauschalen).
- Übrige Leistungen sind zum Beispiel: die sonstigen Versichertenpauschalen, Hausärztliche Gesprächsleistungen, Vorhaltepauschalen, Hausbesuche, Ergometrie, Spirometrie, Akupunktur, Sonografie, Kleinchirurgie.

2.5 Honorarzusammensetzung

Ihr Honorar setzt sich nun folgendermaßen zusammen:

Leistungen aus Vorwegabzügen
z. B. Bereitschaftsdienst, Labor

Honorarbestandteile mit Leistungssteuerung
z. B. Chronikerpauschale, Geriatrie

Honorarbestandteile aus Förderungen

Übrige Leistungen
(ohne Leistungssteuerung zu 100 Prozent)

Honorarbestandteile für Leistungen aus der Extrabudgetären Gesamtvergütung
z. B. TSVG, Impfen, Prävention und regionale Vereinbarungen (u. a. DMP)

3 Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

Vorwegabzüge/Zuführungen
– allgemeine Rückstellungen/Zuführungen
– Leistungen aus Vorwegabzügen

Grundbeträge
genetisches Labor und PFG
(Pauschale fachärztliche Grundvergütung)

Vergleichsgruppenvolumen

Vergleichsgruppen mit RLV-/QZV (gemäß ↘ HVM Anlage 2 a)

Vergleichsgruppe 1: Anästhesisten

Abzüglich Vorwegabzüge/Zuführungen (Vgl. ↘ HVM § 6 Abs. 5)

RLV
QZV (ggf. mehrere)

… alle weiteren Vergleichsgruppen mit RLV-/QZV

Vergleichsgruppen ohne RLV-/QZV (gemäß ↘ HVM Anlagen 2 b, c)

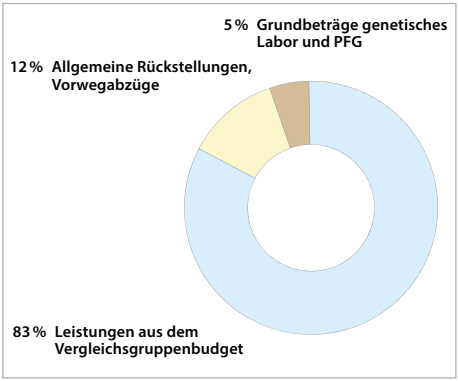
Vergleichsgruppe 1: Psychotherapeuten

Abzüglich Vorwegabzüge/Zuführungen (Vgl. ↘ HVM § 6 Abs. 5)

Übrige Leistungen (Mindestquote 50 %) $\text{Quote} = \frac{\text{Budget}}{\text{angefordertes Honorar}}$

… alle weiteren Vergleichsgruppen ohne RLV-/QZV

- **Neu:** innerhalb des Vergleichsgruppenbudgets werden weitere Vorwegabzüge gebildet, die bislang zum Teil zu Lasten aller Vergleichsgruppen abgezogen wurden.



3.1 Vorwegabzüge/Zuführungen vor Bildung der Vergleichsgruppenvolumen

Allgemeine Rückstellungen/Zuführungen

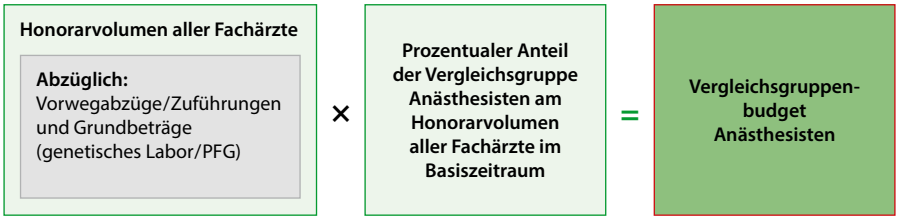
- Unter-/Überschüsse aus Grundbeträgen Labor und Bereitschaftsdienst
- Rückstellungen für Sicherstellung und Weiterbildungsassistenten
- Abzüge/Zuführungen Fremdkassenzahlungsausgleich
- Zuführungen Honorarkürzung § 95 d (Fortbildung) und § 916/§ 341 (TI-Anbindung)

Leistungen aus Vorwegabzügen, u. a.

- Praxisnetze
- Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM
- Eigenlabor/Laborgemeinschaften/Laborgrundpauschalen
- pathologische Leistungen
- Vergütung Restleistungspunktwert
- Förderung Hausbesuche

3.2 Vergütung aus Vergleichsgruppenbudgets

3.2.1 Ermittlung des Vergleichsgruppenbudgets für eine Vergleichsgruppe

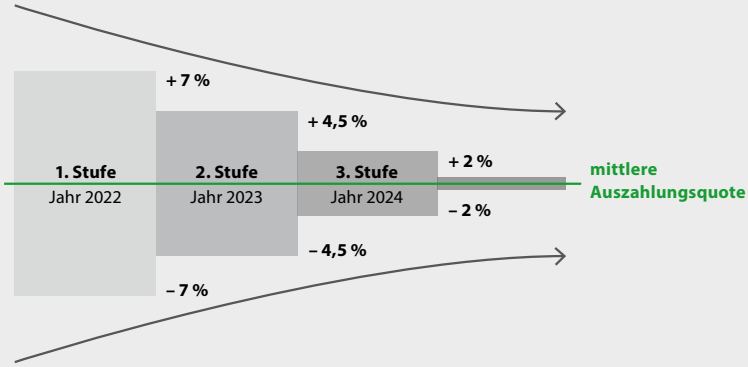


- Mit dem **Honorarvolumen** aller Fachärzte werden die Vorwegabzüge und Zuführungen verrechnet.
- Das verbleibende Honorarvolumen aller Fachgruppen wird anhand der prozentualen Anteile am Honorarvolumen des **Basiszeitraumes** auf die Vergleichsgruppen aufgeteilt.
- Anschließend erfolgt eine Angleichung der Auszahlungsquoten.
- Um zu starke negative Auswirkungen für einzelne Honorargruppen abzumildern, wurde eine **Konvergenzregelung** implementiert.
- Neuer Basiszeitraum für die Vergleichsgruppenaufteilung ist das Jahr **2019**.
- Es ergeben sich die einzelnen **Vergleichsgruppenbudgets**.

3.2.2 Konvergenzregelung

- Der neue Basiszeitraum und die EBM-Reform finden Berücksichtigung, indem **eine mittlere Auszahlungsquote** für alle Fachgruppen angestrebt wird.
- **Ziel:** Anpassung der hohen Divergenz bisheriger Auszahlungsquoten an die mittlere Auszahlungsquote der Vergleichsgruppen im Jahr 2019.
- Die tatsächlichen Auszahlungsquoten werden damit in **drei Stufen** sukzessive an die mittlere Auszahlungsquote angeglichen (unter Akzeptanz eines Rest-„Korridors" von ± 2 Prozent).

Wirkweise der Konvergenzregelung



Beispielrechung

Vergleichs-gruppe (VG)	Honorar abgerechnet 2019 (unter Berück-sichtigung EBM-Reform)	Honorar gezahlt 2019	Auszahlungs-quote alt	Vergleichs-gruppen-anteil alt	Honorar-veränderung	Honorar nach erster Konver-genzstufe	Auszahlungs-quote neu	Vergleichs-gruppen-anteil neu
1	72.685.335	55.604.281	76,5 %	10,43 %	± 0 %	55.604.281	76,5 %	10,43 %
2	**63.015.952**	**44.329.544**	**70,3 %**	**8,45 %**	+ 5,9 %	**47.995.311**	**76,2 %**	**9,00 %**
3	19.428.491	18.287.781	94,1 %	3,49 %	– 3,9 %	17.517.456	90,2 %	3,28 %
4	48.389.574	41.010.856	84,8 %	7,82 %	± 0 %	41.010.856	84,8 %	7,82 %
5	2.709.438	1.979.113	73,0 %	0,38 %	+ 3,2 %	2.063.610	76,2 %	0,39 %
.								
n								
			Ø 83,2 %					

Mittlere Auszahlungsquote über alle Vergleichsgruppen

Begrenzung Auszahlungsquote
± 7 %

Unter-grenze	Ober-grenze
76,2 %	90,2 %

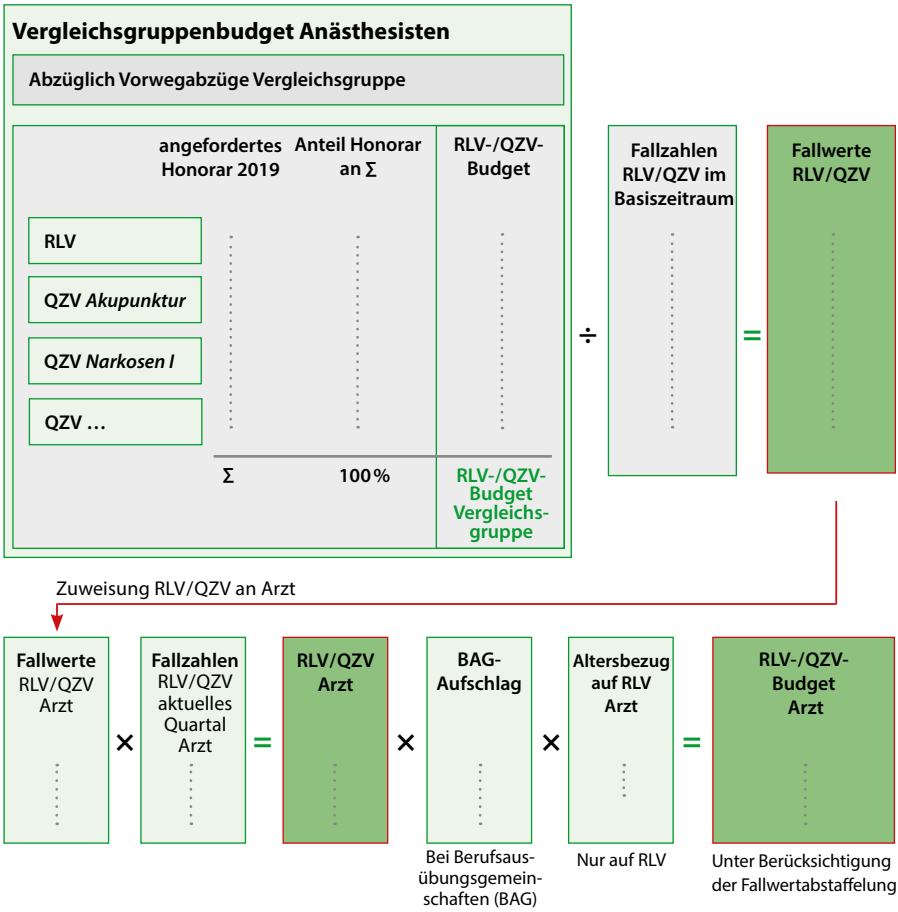
Die Berechnung in Worten

- Die **Vergleichsgruppe 2** hatte im Jahr 2019 eine abgerechnete Honorarsumme, korrigiert unter Berücksichtigung der Auswirkung der EBM-Reform, in Höhe von 63.015.952 Euro.
- Davon konnten jedoch wegen der Begrenzung der MGV nur 44.329.544 Euro ausgezahlt werden.
- Dies entspricht einer Quote von 70,3 Prozent.
- Die **Mittlere Auszahlungsquote** über alle Vergleichsgruppen betrug 2019 **83,2 Prozent**.
- 2022 beträgt die zulässige Abweichung von der mittleren Auszahlungsquote **± 7 Prozent**.
- Damit ergeben sich eine **Obergrenze** von **90,2 Prozent** und eine **Untergenze** von **76,2 Prozent**.
- Die Quote der Vergleichsgruppe 2 (70,3 Prozent) wird damit auf die Untergrenze (76,2 Prozent) angehoben und deren Vergleichsgruppenanteil erhöht sich damit von 8,45 auf **9,00 Prozent**.
- Bis 2024 erfolgt die schrittweise weitere Angleichung (Konvergenz).

3.2.3 Ermittlung des RLV-/QZV-Budgets und Fallwertberechnung für eine Vergleichsgruppe mit RLV

Zugehörige Fachgruppen: ↘ HVM Anlage 2a

- Die RLV-/QZV-Fallwerte haben den Bezug zum **Durchschnitt der Vergleichsgruppe.**
- Der aktuelle RLV-Fallwert errechnet sich, indem das verfügbare RLV-Budget durch die Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals geteilt wird.
- Der aktuelle QZV-Fallwert errechnet sich, indem das verfügbare QZV-Budget durch die Anzahl der QZV-Fälle des Vorjahresquartals geteilt wird.



Altersbezug: Abweichung von der durchschnittlichen Altersstruktur in der Vergleichsgruppe – „Morbiditätsfaktor".

Die Summe aller RLV-/QZV-Budgets ergibt das RLV/QZV der Praxis.

Exemplarische Berechnung – Prinzipdarstellung

Vergleichsgruppenbudget und verfügbares RLV-/QZV-Budget

Honorarvolumen aller Fachärzte pro Quartal		**147,5 Mio. €**
∑ Vorwegabzüge/Zuführungen		– 5,3 Mio. €
Anteil am Vergleichsgruppen-Volumen: VG 1: 10,4 % VG 2: 9,0 % …	**Vergleichsgruppen-Volumen** Budget VG 1 (14,8 Mio. €) Budget VG 2 (12,8 Mio. €) …	**= 142,2 Mio. €**

Budget VG 1		**14,8 Mio. €**
Vorwegabzüge VG 1		– 2,2 Mio. €
RLV-/QZV-Budget VG 1	**Anteil am Volumen des VJQ**	**12,6 Mio. €**
Angefordertes **RLV-Honorar** im VJQ: **12 Mio. €**	80,0 %	**10,1 Mio. €**
Angefordertes **Honorar QZV 1** im VJQ: **3 Mio. €**	20,0 %	**2,5 Mio. €**

RLV-Fallwert	**QZV-Fallwert VG 1**
$\frac{\text{RLV-Budget}}{\text{RLV-Fallzahlen VJQ}} = \frac{10{,}1\text{ Mio. €}}{500.000\text{ Fälle}} = \mathbf{20{,}20\,€}$	$\frac{\text{Budget QZV}}{\text{Fallzahlen QZV 1 VJQ}} = \frac{2{,}5\text{ Mio. €}}{300.000\text{ Fälle}} = \mathbf{8{,}33\,€}$

RLV-Budget der Praxis	
20,20 € × **1.800** (Fallzahl RLV aktuelles Quartal)	= **36.360 €**

QZV-Budget der Praxis	
8,33 € × **100** (Fallzahl QZV aktuelles Quartal) = **833 €**	**∑ = 833 €**
…	

RLV-/QZV-Zuweisung für Praxis

RLV-/QZV der Praxis		×	**Morbiditäts-Faktor 1,03**	×	**BAG-Aufschlag 10 %**	=	**RLV-/QZV-Budget der Praxis**
RLV	36.360 €		37.451 €		41.196 €		**42.112 €**
QZV	833 €		Nur auf RLV		916 €		
					Nur Berufsausübungs-gemeinschaften		

Die Berechnung in Worten

Vereinfachend ist hier der Fall einer Vergleichsgruppe mit nur einem QZV dargestellt.

- Das **Honorarvolumen** für den gesamten fachärztlichen Versorgungsbereich beträgt in diesem Quartal **147,5 Mio. Euro**. Mit diesem Honorarvolumen werden die Vorwegabzüge/Zuführungen in Höhe von – 5,3 Mio. Euro verrechnet.
- Damit verbleibt ein Gesamt-Vergleichsgruppen-Volumen von 142,2 Mio. Euro.
- Der Anteil der VG 1 am Vergleichsgruppen-Volumen beträgt **10,4 Prozent**. Damit ergibt sich das **Budget der VG 1** in Höhe von **14,8 Mio. Euro**.

- Mit dem **Budget der Vergleichsgruppe 1** in Höhe von **14,8 Mio. Euro** werden die vergleichsgruppenspezifischen Vorwegabzüge/Zuführungen in Höhe von 2,2 Mio Euro verrechnet. Damit ergibt sich innerhalb der Vergleichsgruppe 1 ein verfügbares **RLV-/QZV-Budget** von **12,6 Mio. Euro**.
- Im Vorjahresquartal (VJQ) betrug das angeforderte RLV-Honorar 12 Mio. Euro und das angeforderte QZV-Honorar 3 Mio. Euro. Die Anteile am Volumen des Vorjahresquartals betragen damit: RLV 80 Prozent und QZV 20 Prozent.
- Bemessen am aktuellen RLV-/QZV-Budget von 12,6 Mio. Euro betragen die aktuellen Budgets **RLV: 10,1 Mio. Euro** und **QZV: 2,5 Mio. Euro**.

- Der aktuelle **RLV-Fallwert** von **20,20 Euro** errechnet sich, indem das verfügbare RLV-Budget in Höhe von 10,1 Mio. Euro durch die Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals geteilt wird.
- Der aktuelle **QZV-Fallwert** von **8,33 Euro** errechnet sich, indem das verfügbare QZV-Budget in Höhe von 2,5 Mio. Euro durch die Anzahl der QZV-Fälle des Vorjahresquartals geteilt wird.

- Der **RLV-Fallwert** von **20,20 Euro** wird mit der RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals multipliziert. Es ergibt sich das RLV-Budget der Praxis in Höhe von **36.360 Euro**.
- Der **QZV-Fallwert 1** von **8,33 Euro** wird mit der Fallzahl QZV 1 des aktuellen Quartals multipliziert und ergibt das Budget QZV 1 in Höhe von **833 Euro**. Kommen weitere QZV-Budgets hinzu, erhöht sich das QZV-Gesamtbudget der Praxis.

- Nach Verrechnung des RLV mit dem **Morbiditätsfaktor** sowie ggf. von RLV und QZV mit dem **Aufschlag für Berufsausübungsgemeinschaften** (BAG) ergibt sich als Summe das **RLV-/QZV-Budget der Praxis** in Höhe von **42.112 Euro**.

3.2.4 Vergleichsgruppen ohne RLV

Zugehörige Fachgruppen: ↘ HVM Anlagen 2 b, c

- Mit dem Volumen der Vergleichsgruppe werden die vergleichsgruppenspezifischen Vorwegabzüge/Zuführungen verrechnet.
- Das verbleibende Volumen wird durch das angeforderte Honorar geteilt und ergibt die Quote.

Volumen Vergleichsgruppe Psychotherapeuten

Abzüglich Vorwegabzüge/Zuführungen

übrige Leistungen (Mindestquote 50 %)

$$\text{Quote} = \frac{\text{Budget}}{\text{angefordertes Honorar}}$$

3.3 Honorarzusammensetzung

Ihr Honorar setzt sich nun folgendermaßen zusammen:

Leistungen aus Vorwegabzügen
z. B. Bereitschaftsdienst, Labor, Kosten

Honorarbestandteile mit Leistungssteuerung
z. B. RLV-/QZV-Leistungen

Honorarbestandteile aus Grundbeträgen genetisches Labor und PFG

Honorarbestandteile für Leistungen aus der Extrabudgetären Gesamtvergütung
z. B. TSVG, Impfen, Prävention und regionale Vereinbarungen (u. a. DMP)

4 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Verzeichnis, nach dem fast alle vertragsärztlichen ambulanten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Es beinhaltet sowohl Honorare für Einzelleistungen als auch Pauschalen.

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)
Sie stellt denjenigen Teil der Zahlung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen dar, der keiner Budgetierung unterliegt. Dieser wird in vollem Umfang durch die Krankenkassen vergütet.

Fallwert (FW)
Der Fallwert beschreibt den durchschnittlichen Honorarumsatz oder den durchschnittlichen Leistungsbedarf eines Arztes je Behandlungsfall.

Fallzahl (FZ)
Die Behandlungsfallzahl ist die Anzahl der Behandlungsfälle in einer Praxis in einem Abrechnungszeitraum. Als Arztfallzahl bezeichnet sie die Fälle eines Arztes in einem Quartal.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)
Ausgleichszahlung zwischen den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese findet Anwendung, wenn ein Kassenarzt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen einen Versicherten mit Wohnort außerhalb Sachsens behandelt und abrechnet.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Diese bezeichnet den Anteil der Gesamtvergütung, die eine Krankenkasse an eine Kassenärztliche Vereinigung für jeden Versicherten zahlt. Dabei wird die Morbidität (Krankheitslast) als statistische Größe zur Berechnung herangezogen.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)
Mit dem Zusatzvolumen werden Spezialleistungen abgedeckt, die über die Regelleistung hinausgehen. Leistungen, die dieses Zusatzbudget überschreiten, werden abgestaffelt vergütet.

Regelleistungsvolumen (RLV)
Es markiert die individuelle Mengengrenze, bis zu der Leistungen in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung (EBM) vergütet werden.

BAG Berufsausübungsgemeinschaft

EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab

EGV Extrabudgetäre Gesamtvergütung

FG Fachgruppe

FKZ Fremdkassenzahlungsausgleich

FZ Fallzahl

FW Fallwert

GOP Gebührenordnungsposition

HVM Honorarverteilungsmaßstab

MGV Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

PFG Pauschale fachärztliche Grundvergütung

QZV Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

RLV Regelleistungsvolumen

SGB V Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch

VG Vergleichsgruppe

VJQ Vorjahresquartal

Impressum

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden
Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender (V. i. S. d. P.)

Druck: Satztechnik Meißen GmbH, www.satztechnik-meissen.de

Titelbild: © lightwavemedia – www.fotosearch.de

© 2022, KV Sachsen

KV Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Abteilung Abrechnung
Carl-Hamel-Straße 3, 09116 Chemnitz
Tel.: 0371 2789-4400
Fax: 0371 2789-4499
abrechnung.chemnitz@kvsachsen.de

KV Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Abteilung Abrechnung
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden
Tel.: 0351 8828-3400
Fax: 0351 8290-7499
abrechnung.dresden@kvsachsen.de

KV Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Abteilung Abrechnung
Braunstraße 16, 04347 Leipzig
Tel.: 0341 2432-2400
Fax: 0341 2432-2499
abrechnung.leipzig@kvsachsen.de

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetpräsenz:
www.kvsachsen.de > Mitglieder > Verträge > HVM