KVS KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

− Körperschaft des öffentlichen Rechts −

in der Fassung vom 29. Mai 2024

mit Wirkung ab 1. Juli 2024

Informationen über Änderungen des HVM

1. ab 1. Oktober 2023

Neuregelung der Honorarverteilung im Grundbetrag genetisches Labor (§ 8 Nr. 1.1)

2. ab 1. Januar 2024

Neuregelung der Restleistungsvergütung, (§ 8 Nr. 3.10)

3. ab 1. Januar 2024

- Streichung der Regelung zu den Überschüsse Eigeneinrichtung (Anlage 3 Nr. 2.3.4)

4. ab 1. April 2024

Neuregelung des Honorars im Fahrdienst (§ 3 Nr. 2 und 3)

5. ab 1. Juli 2024

- Umstellung der Vergütung der GOP 13651 EBM, diese Leistung wird ohne Leistungssteuerung aus einem Vorwegabzug im Vergleichsgruppenbudget vergütet. (§ 8 Nr. 5.19)
- Streichung des erneuten Inkrafttretens der Regelung in § 5 Nr. 1.2 der Fassung des HVM vom 8. Dezember 2021 (§ 10)

		Seite
	Präambel	5
§ 1	Anwendungsbereich und Allgemeines	5
§ 2	Bildung von Vergütungsvolumina	7
§ 3	Vergütung von Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der jeweils gültigen Fassung und von ambulanter Notfallbehandlung	8
§ 4	Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	10
§ 5	Vergütung im Hausärztlichen Versorgungsbereich	10
§ 6	Vergütung von abgerechneten kinder- und jugendärztlichen Leistungen im Bereich des Kapitels 4 EBM (Grundbetrag „Kinderärzte“)	16
§ 7	Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinderärzte“)	17
§ 8	Vergütung im Fachärztlichen Versorgungsbereich	17
§ 9	Übergangsregelungen	27
§ 10	Inkrafttreten	28

Anlage 1	Aufteilung auf und innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen fachärztliche Verteilungsvolumina
Anlage 2a	Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit RLV/QZV und RLV/QZV-Regelungen Teil 1 Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit RLV/QZV Teil 2 Leistungssteuerungen gemäß den RLV/QZV-Regelungen Teil 3 Übersicht über die vergleichsgruppenspezifischen RLV-/QZV-Fallwerte
Anlage 2b	Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten ohne RLV (Vergleichsgruppe 200) Teil 1 Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200 Teil 2 Vergütungsregelungen
Anlage 2c	Ärzte und andere Leistungserbringer des fachärztlichen Versorgungsbereiches ohne RLV Teil 1 Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches ohne RLV Teil 2 Vergütungsregelungen
Anlage 3	Rückstellungen, Zuführungen und Vorwegabzüge
Anlage 4	Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben der KBV

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 und Allgemeines

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 Honorare erfolgt entsprechend Anlage 4.

2. Der Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der Preise der sächsischen Gebührenordnung (SGO) unter Berücksichtigung der Festlegungen dieses HVM. Dabei wird der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.

3. 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.

4. 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, Verträge zur elektronischen Kommunikation gemäß § 67 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.

5. 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.

6. 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, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

7. Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, im Folgenden „Vorgaben der KBV“ genannt. Die Veröffentlichung der Vorgaben der KBV erfolgt über die entsprechende Internetseite der KBV.

8. 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.

9. 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.

10. Die Durchführungsbestimmungen zu diesem HVM werden vom Vorstand der KV Sachsen beschlossen.

11. Für quotierte Vorwegabzüge und Vergleichsgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich ohne RLV gilt, sofern nichts anderes geregelt ist, eine Mindestauszahlungsquote in Höhe von 50 %.

12. Bereinigungen der MGV auf Grund von sonstigen Verträgen können zu Anpassungen der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile führen. Für die Bereinigungen der RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile gelten die Vorschriften in Anlage 4.

13. Verbliebene Mittel im haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich innerhalb der Honorarverteilung können unter Beachtung eines Sicherheitsabschlages in den Folgequartalen nach folgenden Maßgaben verteilt werden:

13.1. Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind diese bei der Bildung der Vergleichsgruppenbudgets zu berücksichtigen.

13.2. Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden diese Mittel zur Erhöhung der Förderung der Versichertenpauschalen verwendet.

13.3. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung dieser Vorgaben sind vom Vorstand zu regeln.

14. Die GOP 01411 und 01412 EBM (Dringende Besuche) sind nur vergütungsfähig, wenn bei deren Abrechnung die Uhrzeit der Inanspruchnahme im Begründungsfeld angegeben wird.

§ 2
Bildung von Vergütungsvolumina

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

2. Die Verteilungsvergütung wird unter Beachtung der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung in folgende Vergütungsvolumina untergliedert:

2.1. Vergütungsvolumen für den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung gemäß § 3

2.2. Vergütungsvolumen laboratoriumsmedizinischer Leistung gemäß § 4

2.3. Vergütungsvolumen für den Hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 5

2.3.1. Vergütungsvolumen für abgerechnete kinder- und jugendärztlichen Leistungen im Bereich des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM ggf. einschließlich Suffixe (Grundbetrag „Kinderärzte“) gemäß § 6

2.3.2. Vergütungsvolumen für Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinderärzte“) gemäß §7

2.4. Vergütungsvolumen für den Fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 8

2.4.1. Untervolumen im fachärztlichen Vergütungsvolumen.: Genetisches Labor gemäß § 8 Nr. 1

2.4.2. Untervolumen im fachärztlichen Vergütungsvolumen: Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) gemäß § 8 Nr. 2

3. 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 der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

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

5. 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 der KBV nicht basiswirksam sind, nicht berücksichtigt.

6. Aus den Vergütungsvolumina werden Rückstellungen, Zuführungen und Vorwegabzüge gemäß Anlage 3 vorgenommen.

7. 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.

8. Werden für neue Leistungen bzw. für die Erhöhung bestehender Leistungen zusätzliche Mittel der MGV zugeführt, werden diese unter Berücksichtigung der Basiszeiträume dem entsprechenden Vergütungsbereich zugeordnet.

§ 3
Vergütung von Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der jeweils gültigen Fassung und von ambulanter Notfallbehandlung

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Nr. 2.1 dient zur Vergütung der Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei ambulanter Notfallbehandlung inklusive der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM, zur Förderung des Bereitschaftsdienstes gemäß den nachstehenden Vorschriften und für von Bereitschaftspraxen bei Krankenhäusern veranlasste Leistungen, die auf Scheinen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder der ambulanten Notfallbehandlung abgerechnet werden.

   Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung werden nach der SGO nach Maßgabe nachstehender Regelungen vergütet.

2. Im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst wird zur Vergütung der Leistungen ein Honoraranteil bestimmt, der sich auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 €/ Std. ergibt. Unterschreitet das Honorar auf Basis der abgerechneten Leistungen eines Arztes den nach dieser Vorgabe berechneten Honoraranteil, wird es bis zu diesem 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.

3. Ergänzend wird im Fahrdienst pro behandelten Patienten, bei dem mindestens ein Einsatz im Rahmen des Hausbesuches nach der GOP 01418 EBM abgerechnet wurde, ein

Betrag in Höhe von 100 € von dem gem. § 3 Punkt 2 Satz 1 gebildeten Honoraranteil abgezogen. Dabei darf die Summe dieser Abschläge nicht höher sein als der Honoraranteil gem. § 3 Punkt 2 Satz 1. Der sich im Ergebnis dieser Berechnung ergebende Strukturzuschlag wird zu dem Honorar auf Basis der abgerechneten Leistungen eines Arztes in diesem Fahrdienst hinzugerechnet.

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.

4. Bei längeren Fahrstrecken im Rahmen des Hausbesuchsdienstes im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst wird eine zusätzliche Vergütung gemäß 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 SGO.

5. Alle Berechnungen in den Nummern 2 und 3 erfolgen je Arzt und je Dienst.

6. Für die Zeiten von eingeteilter Hintergrundrufbereitschaft im Bereitschaftsdienst entsprechend der Vorschriften der Bereitschaftsdienstordnung (BO) werden 10 EURO je Stunde Hintergrundrufbereitschaft honoriert. Für die Vergütung der Hintergrundrufbereitschaft gelten die Regelungen nach den Nummern 2 und 3 nicht.

7. Für die eingeteilten Zeiten der telefonischen Beraterärzte im Bereitschaftsdienst wird je eingeteilter Stunde ein Mindesthonorar von 20 EURO honoriert. Zusätzlich sind je Konsultation die GOP 99994 (17 EURO) entsprechend abrechenbar. Für die Vergütung dieser Zeiten gelten die Regelungen nach den Nummern 2 und 3 nicht.

§ 4
Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

1. Das Vergütungsvolumen gem. § 2 Nr. 2.2 dient zur Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen den GOP des Grundbetrages Genetisches Labor und des Labor-Wirtschaftlichkeits-bonus (GOP 32001 EBM).

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

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, ausgenommen den GOP des Grundbetrages Genetisches Labor.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel für die Honorierung nach der SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Es gilt die in den Vorgaben der KBV festgesetzte Mindestquote.

§ 5
Hausärztliche Vergütungsvolumen

1. Aus dem Vergütungsvolumen gem. § 2 Nr. 2.3 werden folgende Vergleichsgruppen vergütet:

Vergleichsgruppe 001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin Fachärzte für Allgemeinmedizin Praktische Ärzte Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
und	
Vergleichsgruppe 004	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

1.1 Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Vergleichsgruppe 004) werden die Leistungen des Kapitels 4, die vom Beschluss des Bewertungsausschusses erfasst werden (ausgenommen sind die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM ggf. einschließlich Suffixe), aus einem gesonderten Vergütungsvolumen honoriert.

Für die übrigen Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gilt eine Auszahlungsquote, die ohne Anwendung der Praxisvolumina des hausärztlichen Versorgungsbereiches und im Übrigen nach Nr.1.2 berechnet wird.

1.2 Für die Leistungen der Vergleichsgruppe 001 gilt:

Das Verteilungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich – abzüglich der Mittel für folgende Vorwegabzüge und Rückstellungen nach Anlage 3 - wird durch den angeforderten und anerkannten Leistungsbedarf der nicht gesondert honorierten Leistungen der hausärztlichen Vergleichsgruppen dividiert und ergibt damit eine einheitliche Vergütungsquote

für diese Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches. Die Quote wird bei entsprechenden Mitteln mit 100 % der EBM-Vergütung festgelegt. Sollten die Honorarmittel dazu nicht ausreichen, werden zunächst die Förderungen der Hausbesuche (Nr. 2.8.) und der Versichertenpauschalen (Nr. 2.9.) einer einheitlichen Quotierung unterzogen. Wenn die vorhandenen Honorarmittel trotz einer Quotierung der Förderungen der Hausbesuche und der Versichertenpauschalen auf 0 % nicht ausreichen, werden die nicht gesondert honorierten Leistungen entsprechend quotiert.

2. Vorwegabzüge und deren Vergütung

2.1. Vorwegabzug zur gesonderten Vergütung von **Praxisnetzen**

2.1.1. 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 Behandlungsfall mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes im aktuellen Quartal zu honorieren.

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

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

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

Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

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

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

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

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

2.3.4. **Vergütung** von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM

2.3.4.1. Bei Ärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung (ausgenommen den GOP des Grundbetrages Genetisches Labor).

2.3.4.2. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.

2.3.4.3. 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 BAG, 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.

2.3.4.4. Referenz-Fallwert gemäß Beschluss für die Ermittlung des Budgets für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich beträgt 4 EURO.

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

2.3.4.6. Tabelle Referenzfallwerte Kinderärzte mit (Versorgungs-) Schwerpunkt

- Endokrinologie 40 EURO
- Rheumatologie 40 EURO
- Angiologie 40 EURO
- Hämatologie 21 EURO

2.3.4.7. Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 4 Nr. 2.2 vergütet.

2.3.4.8. 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.

2.3.5. **Vergütung** von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

2.3.5.1. 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 § 4 Nr. 2.2 geltende Mindestquote.

2.4. Vorwegabzug zur Vergütung von **Laborgemeinschaften** abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

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

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

2.4.3. 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 § 4 Nr. 2.2 geltenden Mindestquote.

2.4.4. Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 4 Nr. 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.

2.5. Vorwegabzug zur Vergütung des **Praxisvolumens Psychosomatik** (GOP 35100 und 35110 EBM)

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

2.5.2. Das Budget 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.

2.5.3. Abweichend hiervon entspricht in BAG die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach Nr. 2.5.2. der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der Arztfallzahl der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs. Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle nach Nr. 2.5.2. der Arztpraxis.

2.5.4. Der durchschnittliche vergleichsgruppenspezifische 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 2019 und den Behandlungsfällen entsprechend Nr. 2.5.2. der Ärzte mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im Jahr 2019. Der Fallwert wird an die Ergebnisse der EBM-Reform mit Stand 1**.** April 2020 angepasst.

2.5.5. Dieser Fallwert wird um die Steigerung des Orientierungspunktwertes weiterentwickelt. Ärzte in einer BAG erhalten bei einem Versorgungsauftrag von mindestens 1,5 einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das Psychosomatik-Volumen.

2.5.6. 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 BAG, dass die Budgets von Ärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich verrechnungsfähig sind.

2.6. Vorwegabzug zur Vergütung des **Praxisvolumens Geriatrie** (GOP 03360 und 03362 EBM) in der Vergleichsgruppe 001

2.6.1. Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 03360 und 03362 EBM erfolgt aus einem praxisindividuellen Budget in Höhe der SGO. Die das Budget übersteigenden Leistungen werden nicht vergütet.

2.6.2. Das Budget ergibt sich aus einem fixen Betrag in Höhe von 500 EURO pro Arzt in Abhängigkeit seines Tätigkeitsumfanges und einem fallzahlabhängigen Anteil.

2.6.3. Der fallzahlabhängige Anteil ergibt sich aus der Multiplikation des Fallwertes nach Nr. 2.6.4 mit der Anzahl der abgerechneten Versichertenpauschalen im aktuellen Quartal für Patienten ab Beginn des 76. Lebensjahres. Außerbudgetäre Fälle aufgrund von TSVG und ähnlichen Regelungen werden bei der Budgetbildung nicht berücksichtigt.

2.6.4. Der Fallwert für den fallzahlabhängigen Anteil wird wie folgt gebildet. Die im Jahr 2019 für das QZV Geriatrie im hausärztlichen Versorgungsbereiches bereitgestellten Honorarmittel werden an die EBM-Reform mit Stand 1. April 2020 angepasst. Von diesem Vergütungsvolumen wird der Fixbetrag, multipliziert mit der Arztzahl der Vergleichsgruppe 001 (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges) im Jahr 2019, abgezogen. Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die Anzahl der Versichertenpauschalen für Patienten ab Beginn des 76. Lebensjahres der Vergleichsgruppe 001 dividiert.

2.6.5. Die im Jahr 2019 für das QZV Geriatrie bereitgestellten Honorarmittel werden um die Steigerung des Orientierungspunktwertes weiterentwickelt.

2.6.6. Die Zuweisung des Budgets erfolgt praxisbezogen.

2.7. Vorwegabzug zur Vergütung des **Praxisvolumens Chronikerpauschalen** (GOP 03220, 03221 EBM

2.7.1. Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 03220 und 03221, [1]EBM erfolgt aus einem arztindividuellen Budget in Höhe der SGO. Die das Budget Volumen übersteigenden Leistungen werden nicht vergütet.

2.7.2. Das Budget ergibt sich aus der Multiplikation der altersklassenspezifischen durchschnittlichen Fallwerte für die genannten Leistungen mit den altersklassenspezifischen Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt des Arztes im aktuellen Quartal, in denen eine Versichertenpauschale gemäß EBM abgerechnet

wurde. Außerbudgetäre Fälle aufgrund von TSVG- und ähnlichen Regelungen werden bei der Budgetbildung nicht berücksichtigt.

2.7.3. Abweichend hiervon entspricht in BAG die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach Nr. 2.7.2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der Arztfallzahl der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs. Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle nach Nr. 2.7.2. der Arztpraxis.

2.7.4. Es werden Fallwerte für Patienten der folgenden Altersklassen gebildet:

- bis zum vollendeten 4. Lebensjahr,
- vom Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- vom Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr,
- vom Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr und
- ab Beginn des 76. Lebensjahres.

2.7.5. Die durchschnittlichen altersklassenspezifische Fallwerte für die genannten Leistungen ergeben sich aus der Division des angeforderten Honorars für die jeweilige Altersklasse im Jahr 2019 und den altersklassenspezifischen Behandlungsfällen entsprechend Nr. 2.7.2. Dabei berechnen sich die Fallwerte für die Altersklassen bis zum vollendeten 4. Lebensjahr und vom Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auf Basis der Daten der Vergleichsgruppe 004. Für die übrigen Altersklassen sind die Daten der Vergleichsgruppe 001 Berechnungsgrundlage. Die Fallwerte werden an die Ergebnisse der EBM-Reform mit Stand 1. April 2020 angepasst.

2.7.6. Diese Fallwerte werden um die Steigerung des Orientierungspunktwertes weiter-entwickelt.

2.7.7. Die Zuweisung des Budgets erfolgt grundsätzlich arztbezogen. Dem zugewiesenen Budget eines Arztes steht die von diesem abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Abweichend hiervon gilt für Ärzte in den Vergleichsgruppen 001 und 004 in BAG, dass die Budgets von Ärzten verrechnungsfähig sind.

2.8. Vorwegabzüge zur **Förderung der Hausbesuche** (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM) (nur Hausärzte (VG 001))

Die Förderung der Hausbesuche erfolgt mit folgenden Zuschlägen:

- GOP 01410 EBM in Höhe von 10 EURO
- GOP 01413 EBM in Höhe von 5 EURO
- GOP 01415 EBM in Höhe von 15 EURO

Diese Zuschläge werden, unter Berücksichtigung von § 5 Nr. 1 ggf. quotiert vergütet.

2.9. Vorwegabzüge zur **Förderung der Versichertenpauschalen** (GOP 03001, bzw. 03005, EBM)

Die Versichertenpauschalen GOP 03001 bzw. 03005 EBM werden mit einem Zuschlag in Höhe von 7 EURO vergütet.

Dieser Zuschlag wird unter Berücksichtigung von § 5 Nr. 2 und § 1 Nr. 13.3. ggf. quotiert vergütet.

Die Förderung wird durch eine Fallzahlobergrenze beschränkt. Die Fallzahlobergrenze wird aus der aktuellen durchschnittlichen Fallzahl der genannten GOP der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin u. a. (001) gebildet und um einen Faktor 1,3 erhöht. In einer BAG wird die Obergrenze als Summe der Obergrenzen der in der Vergleichsgruppe tätigen förderberechtigten Ärzte unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs ermittelt.

2.10. Die Vergütung von **Krankenhausleistungen** nach § 120 Abs. 3a SGB V, 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, wird als Vorwegabzug aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen vorgenommen und entsprechend § 120 Abs. 3a SGB V nach SGO vergütet.

§ 6
Vergütung von abgerechneten kinder- und jugendärztlichen vom Beschluss des Bewertungsausschuss im Bereich des Kapitels 4 EBM (Grundbetrag „Kinderärzte“)

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Nr. 2.3.1. dient zur Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, die vom Beschluss des Bewertungsausschusses erfasst sind (ausgenommen sind die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM ggf. einschließlich Suffixe), zur Förderung der Kinder und Jugendmedizin, gemäß den nachstehenden Vorschriften.

2. Die Höhe des Vergütungsvolumens bestimmt sich nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses gem. § 87a Absatz 3b Satz 7 SGB V.

3. Die Leistungen werden nach der SGO nach Maßgabe nachstehender Regelungen vergütet.

4. Bei Nichtausschöpfung des Vergütungsvolumens bei Vergütung nach SGO werden MGV-Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin vereinbart. Näheres wird in der MGV vereinbart.

5. Bei Nichtausreichen des Vergütungsvolumens bei Vergütung nach SGO sind leistungsmengenbezogene Ausgleichzahlungen der jeweiligen Krankenkasse zu leisten. Näheres wird in der MGV vereinbart.

§ 7
Vergütung von Zuschlägen zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinderärzte“)

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Nr. 2.3.2. dient zur Vergütung von Zuschlägen zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung, gemäß den nachstehenden Vorschriften.

2. Die Höhe des Vergütungsvolumens bestimmt sich nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses gem. § 87a Absatz 3b Satz 7 SGB V. Verwendet werden Finanzmittel, die im Basisquartal über den angeforderten Leistungsbedarf des Kapitel 4 hinaus, ausgezahlt wurden.

§ 8
Fachärztliche Vergütungsvolumen

Das Vergütungsvolumen gem. § 2 Nr. 2.4. wird wie folgt verteilt:

1. Das Untervolumen gem. § 2 Nr. 2.4.1. dient zur Vergütung des genetischen Labors wie folgt:

1.1. Die Vergütung der, Abschnitte 11.4 und 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.

Dabei werden zunächst die einbudgetierten und dem Grundbetrag genetisches Labor zugeführten Finanzmittel für Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM vom Volumen des Grundbetrages abgezogen und bilden das Budget zur Honorierung dieser Leistungen. Die Quote für diese Leistungen ergibt sich aus der Division dieses Budgets durch den angeforderten Leistungsbedarf für budgetäre Leistungen des Abschnitts 19.4.2. Es gilt die Mindestquote in Höhe von 50 %.

Für die sonstigen Leistungen im Grundbetrag genetisches Labor gelten folgende Quoten (Q) und Mindestquoten (MQ):

- GOP, 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

1.2. 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.

2. Das Untervolumen gem. § 2 Nr. 2.4.2. dient zur Vergütung der fachärztliche Grundversorgung (**PFG**)

2.1. Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Untervolumen für die Honorierung nach der Sächsischen Gebührenordnung nicht ausreichen, zu Lasten des fachärztlichen Vergütungsvolumens auf eine Quote von 90 % gestützt.

3. **Vorwegabzüge aus dem Vergütungsvolumen und Vergütung**

3.1. Vorwegabzug zur gesonderten Vergütung von **Praxisnetzen**

3.1.1. 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 Behandlungsfall mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes im aktuellen Quartal zu honorieren.

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

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

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

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

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

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

3.2.2.2. **Vergütung** von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM

3.2.2.2.1. 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 (ausgenommen den GOP des Grundbetrages Genetisches Labor).

3.2.2.2.2. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.

3.2.2.2.3. 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-)BAG 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.

3.2.2.2.4. 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

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

3.2.2.3. Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 4 Nr. 2.2 vergütet.

3.2.2.4. 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.

3.2.2.5. **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 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 § 4 Nr. 2.2 geltenden Mindestquote.

3.3. Vorwegabzug zur Vergütung von **Laborgemeinschaften** abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

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

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

3.3.3. 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 § 4 Nr. 2.2 geltenden Mindestquote.

3.3.4. Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 4 Nr. 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.

3.4. Vorwegabzug zur Vergütung der **Laborgrundpauschalen** (GOP 12210, 12220 und 12230 EBM)

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

3.4.2. 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, 12220 und 12230 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.

3.5. 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:

3.5.1. 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.

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

3.6. Vorwegabzug zur Vergütung der **Palliativmedizin**

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

3.7. Die Leistungen der Abschnitte 3.2.5 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.

3.8. 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) und GOP 08315 EBM im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21)

3.8.1. Die Höhe des Vorwegabzuges wird entsprechend Nr. 6 gebildet.

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

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

3.10. Vorwegabzug für die Vergütung überschreitender Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen und den überschreitenden Leistungsmengen im **RLV/QZV**

3.10.1. Die Höhe des Vorwegabzuges für überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen und den überschreitenden Leistungsmengen im RLV/QZV beträgt 1 % des auf die Vergleichsgruppen entfallenden Verteilungsvolumen im aktuellen Quartal. Der Vorstand kann in Abhängigkeit von verbliebenen Mitteln aus diesen das für die Vergütung der Restleistungen so festgelegte Volumen erhöhen.

3.10.2. Der Restleistungspunktwert für überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen und den überschreitenden Leistungsmengen im RLV/QZV des aktuellen Quartals ergibt sich aus der Division des in Punkt 3.10.1 beschriebenen Budgets und der jeweiligen angefallenen überschreitenden Leistungen.

3.11. Vorwegabzug für die Förderung von Hausbesuchen (GOP 01410, 01413 und 01415 EBM)

Die Förderung der Hausbesuche erfolgt mit folgenden Zuschlägen:

- GOP 01410 EBM in Höhe von 10 EURO
- GOP 01413 EBM in Höhe von 5 EURO
- GOP 01415 EBM in Höhe von 15 EURO

4. Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

4.1. Das nach Abzug der Mittel für Rückstellungen, für Vorwegabzüge bzw. für Untervolumina verbleibende Vergütungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich wird jeweils in Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe untergliedert. Diese Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe werden entsprechend Anlage 1 gebildet.

4.2. Einteilung der Vergleichsgruppen und Leistungssteuerung

4.2.1. Ärzte gemäß **Anlage 2a Teil 1** unterliegen der Leistungssteuerung nach Anlage 2a Teil 2 (RLV /QZV-Regelungen).

4.2.2. Ärzte gemäß **Anlage 2b Teil 1** unterliegen der Leistungssteuerung nach Anlage 2b Teil 2.

4.2.3. Ärzte gemäß **Anlage 2c Teil 1** unterliegen der Leistungssteuerung nach Anlage 2c Teil 2.

4.2.4. Ärzte in Einrichtungen nach **§ 400 Abs. 2 SGB V** sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach den Nrn. 4.2.1 bis 4.2.3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.

4.2.5. **Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten**, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach den Nrn. 4.2.1 bis 4.2.3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.

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

4.2.7. Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

4.2.7.1. Ärzte, die über die Abrechnungsgenehmigung der GOP 30704 EBM verfügen, werden der Vergleichsgruppe "schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM " gemäß Anlage 2c Teil 1 zugeordnet.

4.2.7.2. Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Neurologie sowie Psychiatrie (und Psychotherapie) werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) gemäß Anlage 2a Teil 1 zugeordnet.

4.2.7.3. 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 Teil 1 zugeordnet.

4.2.7.4. 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 Teil 1 zugeordnet.

5. Vorwegabzüge aus der Vergleichsgruppe und deren Vergütung

5.1. Die Vorwegabzüge in der Vergleichsgruppe werden gem. Bildungsvorschrift vor der Berechnung der Budgets für die RLV/QZV-Fallwerte abgezogen. In Vergleichsgruppen ohne RLV/QZV erfolgt die Vergütung der Leistungen aus Vorwegabzügen vor Berechnung der Quote für übrige Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen aus Kapitel 4 EBM soweit sie vom Beschluss des Bewertungsausschuss nicht erfasst werden.

5.2. Vorwegabzug zur Vergütung **anästhesiologische Leistungen**, die im Zusammenhang mit **vertragszahnärztlichen Behandlungen** von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie von Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr notwendig sind.

5.2.1. Voraussetzung für die Vergütung bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie ist eine entsprechende Diagnose. Bei Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Angabe der entsprechenden zahnärztlichen Diagnose Abrechnungsvoraussetzung.

5.2.2. Die Leistungen werden nach SGO vergütet.

5.3. Vorwegabzug zur Vergütung von **schriftlichen Mitteilungen und Gutachten** (Leistungen des Abschnitts 1.6 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.

5.4. Vorwegabzug zur Vergütung des **problemorientierten ärztlichen Gespräches** im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230 und 03231 EBM) für Ärzte mit Doppelzulassung Haus-/Facharzt

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

5.4.2. 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.

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

5.5.1. Diese Leistungen werden nach der SGO vergütet.

5.6. Vorwegabzug zur Vergütung bei **Sonderverträgen mit Vertragsbeteiligung der KV Sachsen**

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

5.6.2. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt gemäß der durchschnittlichen RLV/QZV-Quote der Vergleichsgruppe.

5.7. Vorwegabzug 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

5.7.1. 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.

5.7.2. 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 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. Augenärzte, für die keine Abrechnungsdaten verfügbar sind, sind als konservative Augenärzte einzuordnen.

5.8. Vorwegabzug zur Vergütung der **Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin** u. a. nach den Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der **Schwangerschaft** (GOP 01699, 01700 und 01701 EBM)

5.8.1. Die Mittel zur Bildung des Vorwegabzuges werden den Verteilungsvolumina der betreffenden Vergleichsgruppen entnommen und entsprechen anteilig den Mitteln, die auf die Erhöhung der Gesamtvergütungen wegen der Einbudgetierung der GOP 01700 EBM auf die jeweilige Vergleichsgruppe entfallen ist (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung, Teil D).

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

5.9. Vorwegabzug zur Vergütung von **Praxisvolumen Psychosomatik** (GOP 35100 und 35110 EBM)

5.9.1. Die Mittel zur Bildung des Vorwegabzuges werden den Verteilungsvolumina der betroffenen Vergleichsgruppen entsprechend Nr. 6 entnommen.

5.9.2. 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.

5.9.3. Das Budget 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.

5.9.4. Abweichend hiervon entspricht in BAG die Zahl der Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach Nr. 5.9.3. der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der Arztfallzahl der Ärzte der Praxis unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfangs. Die Summe der Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der Behandlungsfälle nach Nr. 5.9.3. der Arztpraxis.

5.9.5. Der durchschnittliche vergleichsgruppenspezifische 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 2019 und den Behandlungsfällen entsprechend Nr. 5.9.3. der Ärzte mit Genehmigung für psychosomatische Leistungen im Jahr 2019. Der Fallwert wird an die Ergebnisse der EBM-Reform mit Stand 1. April 2020 angepasst.

5.9.6. Dieser Fallwert wird um die Steigerung des Orientierungspunktwertes weiterentwickelt. Ärzte in BAG erhalten bei einem Versorgungsauftrag von mindestens 1,5 einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das Psychosomatik-Volumen.

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

5.9.8. Abweichend hiervon gilt für Ärzte/Therapeuten in BAG, dass die Volumina von Ärzten/Therapeuten der gleichen oder einer verrechnungsfähigen Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. Die verrechnungsfähigen Vergleichsgruppen sind in Anlage 2a Teil 2 Nr. 6.2. definiert.

5.10. Vorwegabzug zur Vergütung **übriger psychosomatischer Leistungen** (GOP 35111, 35112, 35113 und 35120 EBM)

5.10.1. Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

5.12. Der Vorwegabzug für Aufschläge für RLV/QZV von **BAG** gem. Nr. 5.9.6 wird 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-Vorschriften kalkuliert (entsprechend Nr. 6).

5.13. Vorwegabzug zur Vergütung der **psychotherapeutischen Gespräche** (GOP 22220 und 23220 EBM)

5.13.1. Die Höhe des Vorwegabzugs ergibt sich aus dem betreffenden Beschluss des Bewertungsausschusses und wird nach dem Anteil der Leistungserbringung im jeweiligen Vorjahresquartal auf die Vergleichsgruppen aufgeteilt.

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

5.14. 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.

5.15. Die Vergütung von Krankenhausleistungen nach **§ 120 Abs. 3a SGB V,** 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, wird als Vorwegabzug aus dem jeweiligen fachärztlichen Vergleichsgruppenbudget vorgenommen. und entsprechend § 120 Abs. 3a SGB V nach SGO vergütet.

5.16. Vorwegabzug **Förderungswürdige Leistungen** und deren Vergütung

5.16.1. Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),

5.16.2. Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,

5.16.3. Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM

5.16.4. Die Honorierung der förderungswürdigen Leistungen erfolgt mit einer Mindestquote von 95 % der Preise der sächsischen Gebührenordnung.

5.17. Vorwegabzug für die Vergütung der **genetischen Beratungsleistungen** nach den GOP 01841, 11230, 11233, 11234, 11235 und 11236 EBM

Die Honorierung richtet sich nach der Regelung in § 9 Nr. 1.

5.18. Vorwegabzug für die Vergütung der kurativen Mammographie (GOP 34270, 34271, 34272, 34273 und 34275 EBM)

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet

5.19. Vorwegabzug für die Vergütung der Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests (GOP 13651 EBM)

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

6. **Kalkulation von Vorwegabzügen**

6.1. Für die Bildung bzw. Kalkulation der Vorwegabzüge gelten folgende Regelungen, wenn nichts anderes geregelt wurde:

6.1.1. 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 die morbiditätsbedingte Veränderungsrate und den Orientierungspunktwert.

6.1.2. Die Kalkulation der Vorwegabzüge ohne Leistungssteuerung erfolgt in der Regel auf Basis von Vorquartalen unter Berücksichtigung einer möglichen Leistungsausweitung und von Bewertungsänderungen der betroffenen Leistungen.

§ 9
Übergangsregelungen

1. Soweit Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches 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 oder den im entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses bestimmten Mitteln, 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 % aus den Mittel des jeweiligen Versorgungsbereichs. Maximal erfolgt eine Vergütung in Höhe der SGO.

2. Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die Leistungen nach Nr. 1 bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung mit der Quote der nicht gesondert vergütet Leistungen vergütet.

3. Soweit die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bisher innerhalb der MGV honoriert wurden, erfolgt sofern erforderlich eine Anpassung des HVM zum nächsterreichbaren Quartal.

4. In Bezug auf eine Bereinigung der Gesamtvergütung gelten die entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschuss bzw. die Regelungen in regionalen Verträgen. Sofern diese Beschlüsse signifikante Auswirkungen auf die Honorarverteilung entfalten und diese zum Zeitpunkt des Inkrafttretens noch nicht bekannt sind, kann der Vorstand über entsprechende Sicherheitsabschläge entscheiden.

5. 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.

6. Die Beschlüsse des BA und die KBV-Vorgaben gelten vorrangig. Falls HVM-Regelungen abweichen, erfolgt in der nächsterreichbaren Vertreter-versammlung eine Anpassung.

§ 10
Inkrafttreten

Dieser HVM tritt am 1. Juli 2024 in Kraft und ersetzt den HVM vom 29. November 2023. Abweichend hiervon treten folgende Anpassungen an den benannten Stichtagen in Kraft:

§ 8 Nr. 1.1	ab 1. Oktober 2023
§ 8 Nr. 3.10	ab 1. Januar 2024
Anlage 3 Nr. 2.3.4	ab 1. Januar 2024
§ 3 Nr. 2 und 3	ab 1. April 2024

Anlage 1
Aufteilung auf und innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich

Die Mittel für die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich werden 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 mit Stand 1. April 2020. Sofern das unterjährige Inkrafttreten der TSVG-Regelungen zu ungerechtfertigten Verwerfungen der Auszahlungsquoten führt, kann der Vorstand diese ausgleichen.

Schritt 1a: Einbeziehung der fachärztlichen Leistungen zur Schmerztherapie (GOP 30700, 30702, 30704, 30706 und 30708 EBM) als Leistungsfonds analog einer Vergleichsgruppe.

Schritt 2: Ermittlung der gewichteten mittleren Auszahlungsquote für die unter Schritt 1 ermittelten Quoten.

Schritt 3: Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe nach Schritt 1 im Vergleich zu der mittleren Quote 2019 nach Schritt 2 innerhalb eines Korridors von +/- 7 %, bleiben die Mittel für diese Vergleichsgruppe unverändert.

Ab 1.1.2023 gilt ein 4,5-%-Korridor.
Ab 1.1.2024 gilt ein 2-%-Korridor.

Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe nach Schritt 1 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 Vergleichsgruppen untereinander ermittelt. Dieses Verhältnis gilt im ersten und allen Folgequartalen bis zum Inkrafttreten eines neuen Korridors als Maßstab zur Aufteilung der Mittel auf die Vergleichsgruppen.

Vergleichsgruppenwechsel werden berücksichtigt. Basis des Vergleichsgruppenwechsels ist das angeforderte Honorar nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung des betroffenen Arztes multipliziert mit der Veränderung des Vergleichsgruppenanteils der Vergleichsgruppe, aus der der betroffene Arzt wechselt.

Schritt 4: Sofern die Mittel, die im Rahmen der Konvergenz von überproportionalen Vergleichsgruppen abgegeben werden, nicht zur Stützung der unterproportionalen Vergleichsgruppen ausreichen, kann der Vorstand diese durch ggf. verbliebene Honorarmittel proportional auf die betroffenen Vergleichsgruppen verteilt, maximal bis zum Erreichen der unteren Grenze des Korridors ausgleichen.

Anlage 2a
Teil 1: Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit RLV/QZV

Die folgenden Facharztgruppen unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV bzw. QZV und werden den angegebenen Vergleichsgruppen zugeordnet:

Vergleichs-gruppe	Bezeichnung
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 und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
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
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
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.

Anlage 2a
Teil 2: Leistungsteuerungen gemäß den RLV/QZV-Regelungen

1. Allgemeines

1.1. Bei Ärzten mit RLV und ggf. QZV gem. Anlage 2a Teil 1 werden die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entsprechend Anlage 1 nach Abzug der vergleichsgruppenspezifischen Vorwegabzüge, auf die nachfolgenden Vergütungsbereiche aufgeteilt:

1.1.1. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV

1.1.2. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV

2. Berechnung der RLV/QZV-relevanten Fallwerte pro Vergleichsgruppe

2.1. Aufteilung innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina nach Abzug der vergleichsgruppenspezifischen Vorwegabzüge auf Basis des Vorjahresquartal.

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

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

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

$\mathrm{QZV_{VGR}^{1-n}}$: Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb QZV laut Anlage 2a Teil 3

$\mathrm{LB_{VGR}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung abgerechnetes Honorar in EURO nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für RLV-/QZV-relevante Leistungen einer Vergleichsgruppe.

$\mathrm{LB_{VGR}^{RLV}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung abgerechnetes RLV-relevanter Honorar in EURO nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung einer Vergleichsgruppe.

$\mathrm{LB_{VGR}^{QZV_{1-n}}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung abgerechnetes QZV-relevantes Honorar nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für QZV gemäß Anlage 2a Teil 3 einer Vergleichsgruppe.

$\mathrm{VV_{VGR}}$: vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen nach Abzug der Vorwegabzüge innerhalb der Vergleichsgruppe

2.2. Ermittlung der RLV-/QZV-relevanten Fallzahlen

2.2.1. 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.

Die Behandlungsfallzahlen einer Praxis bilden sich aus den Behandlungsfallzahlen aller Ärzte einer Praxis (haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich).

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

2.2.1.1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 2.2.1.

2.2.1.2. In BAG entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß den Nrn. 2.2.1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gem. den Nrn. 2.2.1 der Arztpraxis.

2.2.2. QZV-relevante Fälle

Ein QZV-relevanter 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.

2.3. Berechnung der Fallwerte

2.3.1. Bei der Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen RLV- Fallwertes wird wie folgt vorgegangen:

2.3.1.1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumens der Vergleichsgruppe gemäß 2.1

2.3.1.2. Es erfolgt die Ermittlung der Anzahl der RLV-Fälle einer Vergleichsgruppe des jeweiligen Vorjahresquartales.

2.3.1.3. Für die betreffenden Quartale wird nun die RLV-relevante Fallzahl je Arzt einer Vergleichsgruppe und die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl einer Vergleichsgruppe ermittelt.

2.3.1.4. Berücksichtigung der Fallwertabstaffelung bei der Ermittlung des RLV-Fallwertes

Der für einen Arzt zutreffende vergleichsgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Vergleichsgruppe hinausgehenden RLV-relevanten 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).

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.

Aus Sicherstellungsgründen kann der Vorstand im Einzelfall von der Abstaffelung des Fallwertes abweichen.

2.3.1.5. Die RLV-relevanten Fallzahlen der jeweiligen Vergleichsgruppe werden je Cluster summiert.

2.3.1.6. Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes erfolgt 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

2.3.2 Berechnung der QZV-relevanten Fallwerte

2.3.2.1 Ermittlung der vergleichsgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumens der Vergleichsgruppen gemäß 2.1

2.3.2.2 Ermittlung der Anzahl der entsprechenden QZV-Fälle einer Vergleichsgruppe gemäß dem der RLV-Fallzählung zugrundeliegenden Quartals.

2.3.2.3 Berechnung des QZV-Fallwertes nach folgender Formel

$$QZV\text{-}FW_{VGR}^{1\text{-}n} = \frac{QZV_{VGR}^{1\text{-}n}}{QZV\text{-}Leistungsf\ddot{a}lle_{VGR}^{1\text{-}n}}$$

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

2.3.2.4 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.

2.3.2.5 Abweichend von den vorstehenden Regelungen gelten für die Vergleichsgruppe der Fachärzte für Nuklearmedizin die QZV-Fallwerte für das QZV CT und das QZV MRT die entsprechenden QZV-Fallwerte der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und für Radiologie. Für die Vergleichsgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und für Radiologie gelten die QZV-Fallwerte für die QZV Nuklearmedizin I bis V die entsprechenden QZV-Fallwerte der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Nuklearmedizin.

3. Bildungsvorschriften zum RLV

3.1. Die RLV werden je Arzt ermittelt. Dabei wird der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte (ggf. mit Fallwertabstaffelung gem. Nr. 2.3.1.4.) mit den RLV-relevanten Fallzahlen des Arztes im aktuellen Quartal.

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

RLV_{Arzt}: Regelleistungsvolumen pro Arzt
FW_{VGR}: vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert
FZ_{Arzt}: RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß Anlage 2a Teil 2 Nr. 2.2.1.

3.2. Um die Altersstruktur der Patienten beim RLV zu berücksichtigten wird das RLV eines Arztes 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.

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

3.3.1. Fachärzte in vergleichsgruppengleichen Kooperationen erhalten einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das RLV.

Fachärzte 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 %.

3.3.2. 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.

3.3.3. Der Kooperationsgrad (KG) wird wie folgt ermittelt:

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

Bei der Ermittlung des Kooperationsgrades werden die Behandlungsfallzahlen der Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches berücksichtigt.

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

Als Voraussetzung für alle Zuschläge für Kooperationen gilt, dass in der Praxis insgesamt mindestens 1,5 Zulassungsumfänge vertreten sind.

3.4. Beschäftigungsumfang

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

3.4.2. 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

3.4.5. Die Vorschriften finden auch Anwendung für die Zuweisung von QZV.

4. Bildungsvorschriften QZV

4.1. Die QZV werden je Arzt ermittelt. 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.

4.2. Bei der Ermittlung des QZV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid und die folgenden Nrn. zu berücksichtigen.

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

4.4. Die Zuweisung der QZV erfolgt analog den Regelungen zum RLV.

4.5. Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten gelten hinsichtlich der Zuschläge auf QZV-Leistungen für Ärzte in BAG die BAG-Zuschlagsregelungen für RLV entsprechend.

5. Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung Fachärzte

5.1. Angestellte Ärzte, Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten

5.1.1. 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 folgenden Vorschriften: 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.

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

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

5.2. Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2a Teil 1 nach § 87b Abs. 2 SGB V, 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.

5.3. Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2a Teil 1, 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.

6. Zuweisung und Vergütung von Leistungen aus dem RLV/QZV

6.1. Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. 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.

6.2. Dem zugewiesenen RLV/QZV eines Arztes steht die von diesem abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Abweichend hiervon gilt für Ärzte in BAG, dass die RLV von Ärzten der gleichen oder einer RLV/QZV-verrechnungsfähigen Vergleichsgruppe zusammengefasst werden. RLV/QZV-verrechnungsfähige Vergleichsgruppen sind:

- VG 016 und 020
- VG 028, 030 und 035
- VG 031 und 036 sowie
- VG 032 und 048

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-BAG tätig sind, wird ein gesamtes RLV/QZV für die vom Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) (Teil-) BAG erbrachten Leistungen ermittelt.

6.3. Die Leistungen innerhalb der RLV/QZV werden nach der SGO vergütet. RLV/QZV-überschreitende Leistungen werden mit einem Restleistungspunktwert gem. § 8 Nr. 3.9 vergütet.

7. 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.

8. 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.

Anlage 2a
Teil 3: Übersicht über die vergleichsgruppenspezifischen RLV- / QZV-Fallwerte

Entspricht der quartalsweisen Veröffentlichung der Fallwerte im Internet

Anlage 2b

Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten ohne RLV (Vergleichsgruppe 200)

Teil1: Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200

1. niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten
2. niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
3. niedergelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
4. 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 Nr. 4. 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 ermitteln.

Teil 2: Vergütungsregelungen

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Vergleichsgruppenbudget wird durch die verbleibenden Leistungen dividiert und ergibt die Auszahlungsquote der Vergleichsgruppe.

Anlage 2c

Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches ohne RLV

Teil 1: Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches ohne RLV

1. Vergleichsgruppe 026 – Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie ab 1.7.2023

2. Vergleichsgruppe 049 - schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM

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

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

5. 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.

6. Vergleichsgruppe 220 - Fachärzte für Strahlentherapie

7. Vergleichsgruppe 025 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie

Teil 2: Vergütungsregelungen

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Vergleichsgruppenbudget wird durch die verbleibenden Leistungen dividiert und ergibt die Auszahlungsquote der Vergleichsgruppe.

Anlage 3
Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen

1. 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),

2. Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich

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

2.1.1. 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.

2.1.2. 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 Vorgaben der KBV, Teil B, Schritt 11.).

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

2.2. Rückstellungen und Zuführungen für den Ausgleich von Unter- oder Überschüssen in Vorwegabzügen von Vergütungsvolumina, Untervolumina bzw. Verteilungsvolumina, deren Höhen vor Beginn des Leistungsquartals im Wege der gewissenhaften Kostenschätzung festgelegt werden

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

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

2.3.2. 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

2.3.3. 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.

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

2.3.5. Rückstellungen für gesamtvertragliche Verpflichtungen

2.3.6. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches, sofern eine Berücksichtigung gemäß den gesetzlichen Vorgaben möglich ist.

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

2.3.8. 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.

2.3.9. 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.

2.3.10. Im haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt ein Abzug für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V i. V. m. § 5 Nr. 2.10 bzw. § 8 Nr. 5.15.

Für alle Finanzflüsse nach den Nrn. 2.1. bis 2.3. 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
Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben der KBV

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

1.1. 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.

1.2. 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 vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina, 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.

1.3. 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.

1.4. 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

2.1. Gegenstand

2.1.1. Nr. 2. regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach § 73b SGB V.

2.1.2. Die unter Nr. 2. getroffenen Regelungen gelten nur für Selektivverträge mit ex ante-Einschreibung der Versicherten.

2.1.3. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

2.4.1. 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.

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

2.4.3. 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.

2.5. Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

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

2.5.2. Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

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

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

3.1. Gegenstand

3.1.1. Nr. 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.

3.1.2. 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. Bereinigungsverfahren der RLV/QZV bei bereichseigenen Selektivverträgen

3.4.1. 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.

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

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

3.5. Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

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

3.5.2. Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:

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

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

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

5. 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 Daten-lieferungen Rückstellungen in den genannten Versorgungsbereichen gebildete werden können.