

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

HVM i. d. F. vom 28. November 2012

mit Wirkung ab 1. Januar 2013

Kurzinformation über wesentliche Änderungen des HVM ab 1. Januar 2013:

1. Einordnung der Vorwegabzüge zur Vergütung von Strukturpauschalen für Bereitschaftsdienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst § 2 Abs. 3d (alt § 4 Abs. 1c) vor die Trennung Hausarzt/Facharzt

Die neue Einordnung der Vorwegabzüge ermöglicht eine versorgungsbereichsunabhängige Förderung dieser Strukturpauschalen.

2. Integration von Leistungen der künstlichen Befruchtung in die Honorarverteilung (Neuaufnahme von § 14 Abs. 3 und Änderung der Anlage 1 HVM)

Aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012, wonach die Beratungsleistungen der künstlichen Befruchtung ausdrücklich einzubudgetieren waren bzw. wegen des Fehlens des Zuschlages zur Grundpauschale künstliche Befruchtung in der einschlägigen Bundesempfehlung, werden die betroffenen Leistungen seit dem 1. Januar 2012 innerbudgetär finanziert. Die Honorierung der Ärzte erfolgte gemäß der Übergangsregelung nach § 14 Abs. 1 mit einer quotierten Vergütung. Ab 1. Januar 2013 erfolgt die Honorierung im Rahmen der RLV-/QZV-Regelungen.

3. Übergangsregelung für probatorische Sitzungen (§ 14 Abs. 6)

Im Sinne einer Übergangsregelung werden probatorische Sitzungen von Ärzten und Therapeuten, die in § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannt sind, aus einem Vorwegabzug vergütet. Entsprechend der Beschlusslage des Bewertungsausschusses zur Entwicklung der Gesamtvergütung 2013 ist eine künftige außerbudgetäre Honorierung angezeigt.

4. Aufhebung der Trennung nach haus- und fachärztlicher Versorgung bei der Entnahme von Mitteln für den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V (Streichung von Anlage 3 b) Nr. 3 und Anlage 3 c) Nr. 3 HVM)

Gemäß § 105 Abs. 1a SGB V kann die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds zur Förderung von Neuniederlassungen oder zur Finanzierung von Studienplätzen etc. bilden. Sie kann dafür einen Gesamtvergütungsanteil von 0,1 % pro Jahr zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen sind in diesem Fall verpflichtet, einen gleich hohen Betrag zur Verfügung zu stellen. Derzeit wird die finanzielle Einrichtung des Fonds vorbereitet. Es wird davon ausgegangen, dass die Förderung sowohl dem haus- als auch dem fachärztlichen Versorgungsbereich zu Gute kommt. Des Weiteren ist auch gemäß der gesetzlichen Vorgabe nur von einem Strukturfonds die Rede, was mit der erwarteten Inanspruchnahme für beide Versorgungsbereiche korrespondiert, so dass die ursprünglich vorgesehene Trennung der Vorwegabzüge für den Strukturfonds entfällt.

Die Mittel werden künftig als Vorwegabzug vor der Aufteilung der MGV entnommen.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Präambel	5
§ 1 Anwendungsbereich	5
§ 2 Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	6
§ 3 Aufteilung des trennungsrelevanten versorgungsbereichs- übergreifenden Verteilungsvolumens auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich	8
§ 4 Vorwegabzüge in den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina	8
§ 5 Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches	10
§ 6 Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches	10
§ 7 Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen	11
§ 8 Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung	12
§ 9 Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regel- leistungsvolumen (RLV)	15
§ 10 Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikations- gebundenen Zusatzvolumen (QZV)	18
§ 11 Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitäts- grenzen	20
§ 12 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten	21
§ 13 Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung	21
§ 14 Übergangsregelung	22
§ 15 In-Kraft-Treten	23

Anlage 1	Übersicht QZV	24
Anlage 2a	Ärzte mit RLV und ggf. QZV	25
Anlage 2b	Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen	27
Anlage 2c	Ärzte ohne RLV	28
Anlage 3	Rückstellungen und Zuführungen in den Versorgungsbereichen	29
Anlage 4	Bildungsvorschriften für RLV und QZV	31
Anlage 5	Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung	33
Anlage 6	Bereinigung von RLV, QZV und anderen Leistungsbestandteilen bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V	35
Anlage 7	Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	37
Anlage 8	Kriterien zur Entwicklung von Zielstrukturen im Bereitschaftsdienst	39
Anlage 9	Vergütung der Laborleistungen und -kosten	40

Präambel

Für die Honorarverteilung ab dem 1. Januar 2013 hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage von § 87b SGB V nach Durchführung des Verfahrens der Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen die nachfolgenden Honorarverteilungsregelungen beschlossen.

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), soweit keine vertraglichen Bestimmungen entgegenstehen. Die Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen.
- (2) Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden, unter Beachtung der Trennung der Gesamtvergütungen. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.
- (3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen und/oder regionalen Verträgen mit der KV Sachsen (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Strukturverträge gemäß § 73a SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
- (4) Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- (5) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieses HVM.
- (6) Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.
- (7) Die Durchführungsbestimmungen zu diesem HVM werden vom Vorstand der KV Sachsen beschlossen.

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

§ 2

Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die eingehenden MGV werden zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt.
- (2) Es werden Rückstellungen und Zuführungen gemäß Anlage 3 Punkt a) vorgenommen.
- (3) Es werden die folgenden weiteren Abzüge zur Vergütung der nachfolgenden Leistungen vorgenommen:

- a) Vorwegabzug zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Die Höhe der Mittel richtet sich nach den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens in der jeweils gültigen Fassung.

Die Leistungen werden - unter Berücksichtigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen nach § 11 Abs. 2 - nach der Sächsischen Gebührenordnung vergütet.

Überschüsse und Defizite dieses Vorwegabzuges werden mit den gemäß § 7 Abs. 1 der Vergleichsgruppe nach Anlage 2b gebildeten Fonds für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen verrechnet.

- b) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes.

Die Höhe der Mittel richtet sich nach den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens in der jeweils gültigen Fassung.

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

Überschüsse dieses Vorwegabzuges werden dem Fonds für die Strukturpauschale Bereitschaftsdienst zugeführt.

- c) Vorwegabzug zur Vergütung der Konsiliar- und Grundpauschale der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für ausschließlich zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Die Höhe der Mittel richtet sich nach den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens in der jeweils gültigen Fassung.

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten erfolgt gem. Anlage 9.

- d) Vorwegabzug zur Vergütung von Strukturpauschalen für Bereitschaftsdienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Die Höhe der Mittel wird auf Basis einer Schätzung der anfallenden Bereitschaftsdienststunden festgesetzt.

Die Strukturpauschale dient der Einführung der gem. Anlage 8 definierten Zielstrukturen und wird für den allgemeinen Bereitschaftsdienst, der als Fahrdienst (Hausbesuchsdienst) durchgeführt wird, sowie für von der KV Sachsen angeordnete/genehmigte Hintergrunddienste gewährt. Die Strukturpauschale für Bereitschaftsdienststunden im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst wird auch für kinderärztliche Bereitschaftsdienste mit mindestens 20 dienstverpflichteten Ärzten, die als Fahrdienste (Hausbesuchsdienste) durchgeführt werden, gewährt. Von der Vergütung der Strukturpauschale sind fachärztliche Bereitschaftsdienste ausgenommen. Die Zielstrukturen sind bis spätestens 31. Dezember 2013 gleitend umzusetzen.

Die Vergütung der Strukturpauschalen für Bereitschaftsdienststunden wird wie folgt vorgenommen:

Ärzte in Dienstgruppen, deren Dienstgruppe der vorgegebenen Zielstruktur entsprechen, oder für die keine Zielstruktur vorgegeben ist, erhalten 10,00 EUR je Bereitschaftsdienststunde wenn mindestens 20 Ärzten in der Dienstgruppe dienstverpflichtet sind. Sofern Dienstgruppen nicht zu einer vorgegebenen Zielstruktur zusammenschlossen sind, wird die Vergütung je Bereitschaftsdienststunde nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Höhe Vergütung} = \frac{10 \text{ EUR}}{\text{Anzahl der Dienstgruppen in der Zielstruktur}}$$

Für Ärzte in Dienstgruppen mit weniger als 20 dienstverpflichtete Ärzte, für die keine Zielstruktur vorgegeben ist, wird die Vergütung der Strukturpauschale für jeden Arzt, mit dem eine Dienstgruppe die Anzahl von 20 dienstverpflichteten Ärzten unterschreitet, um 5 % vermindert. Die Verminderung beträgt maximal 50 %.

- e) Weitere Rückstellungen und Zuführungen werden gem. Anlage 3 Punkt a) vorgenommen.
- (4) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen verwendet.

§ 3

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

Das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen wird entsprechend der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. Es ergibt sich jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

§ 4

Vorwegabzüge in den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina

- (1) Im haus- bzw. fachärztlichen Verteilungsvolumen werden jeweils folgende Vorwegabzüge vorgenommen:
- a) Vorwegabzug zur Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden.

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.
 - b) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM (Hausbesuche).

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

Die Leistungen werden nach der sächsischen Gebührenordnung vergütet.
- (2) Im haus- bzw. fachärztlichen Verteilungsvolumen werden jeweils folgende weitere Vorwegabzüge vorgenommen:
- a) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen des Abschnitts 1.6 des EBM (Schriftliche Mitteilungen und Gutachten).

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

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

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

- c) Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen

1. der Zytogenetik (GOP 01838, 01839, 11310, 11311 und 11312 EBM)
2. des Abschnitts 11.4 EBM
3. der Molekulargenetik (GOP 11320 bis 11322 EBM).

Die Honorierung der Leistungen nach 1. und 2. soll mindestens in Höhe von 95 % der Preise aus der Sächsischen Gebührenordnung erfolgen.

Die verbleibenden Finanzmittel unter Berücksichtigung der zuvor genannten Mindestquoten dividiert durch die angeforderten Leistungen unter 3. ergeben die rechnerische Quote für die Leistungen unter 3. Sofern die Quote dieser Leistungen unter 50 % sinkt, werden fehlende Finanzmittel durch eine Absenkung der Mindestquote unter 1. und 2. ausgeglichen.

Sofern eine gemeinsame Quote von unter 50 % festgestellt wird, kommt diese einheitlich für alle Leistungen zur Auszahlung. In diesem Fall wird eine Mindestquote in Höhe der Quote für Restleistungen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches gewährleistet.

- (3) Die Höhe der Mittel für die Vorwegabzüge nach Absatz 2 wird wie folgt festgesetzt:

Ermittlung des Leistungsanteils der o. g. Leistungen bei der Kalkulation der MGV des entsprechenden Abrechnungsquartals in 2008 und angepasst an die zwischenzeitlichen Veränderungen der MGV

Die Berechnung wird wie folgt vorgenommen:

- a) Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2012) x (1+(0,001653 x 0,15)) (auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x 3,5048 Cent (Regionalpunktwert).

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

b) Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Entsprechender Leistungsbedarf im jeweiligen Quartal 2008 x 0,9122 (HVV-Quote) x 1,0510 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2009) x 1,016616 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2010) x 1,04734 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2011) x 1,0125 (morbiditybedingte Veränderungsrate 2012) x (1+(0,001653 x 0,85)) (auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Erhöhung gemäß GKV-OrgWG) x 3,5048 Cent (Regionalpunktwert)

c) Allgemeine Regelungen

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

Ab dem Quartal I/2013 werden vorgenommene Kalkulationsänderungen der MGV entsprechend berücksichtigt.

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

Für die Ermittlung des Vorwegabzugs des aktuellen Quartals wird aus dem Vorquartal der zugewiesene Zuschlag für BAG je Versorgungsbereich ermittelt, welcher über einen Faktor angepasst wird. Der Faktor ermittelt sich aus der Entwicklung der RLV-relevanten Fallzahlen des Aufsatzquartals zu dessen Vorquartal für die betroffenen BAGs. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich für Fehlschätzungen entnommen.

Der Vorwegabzug für Aufschläge für QZV von Berufsausübungsgemeinschaften wird wie folgt gebildet:

Vorwegabzug 2011 des 3. Quartals 2011 multipliziert mit den morbiditybedingten Veränderungsraten

§ 5

Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches

Es werden Rückstellungen und Zuführungen gemäß § 4 und Anlage 3 Punkt b) vorgenommen.

Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 6

Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

Es werden Rückstellungen und Zuführungen gemäß § 4 und Anlage 3 Punkt c) vorgenommen.

Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 7

Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

- (1) Die versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden entsprechend Anlage 7 Punkt 1 gebildet. Es entsteht jeweils ein vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.
- (2) Die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden entsprechend Anlage 7 Punkt 2 auf die nachfolgenden vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche aufgeteilt:
 - a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV
 - b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV und
 - c) Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen.
- (3) Besonders förderungswürdige Leistungen nach Abs. 2c) sind:
 - a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL),
 - b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
 - c) Leistungen der ausführlichen humangenetischen Beurteilungen GOP 01837 und GOP 11232 EBM,
 - d) antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM für Ärzte der Anlage 2a, die nicht in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannt sind, solange die Leistungen nicht innerhalb der eGV vergütet werden,sowie
 - e) Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM.

Die Honorierung der besonders förderungswürdigen Leistungen erfolgt mindestens in Höhe von 95 % der Preise aus der SGO. Abweichend hiervon gilt für Absatz 3d eine Mindestquote in Höhe von 85 %.

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

Neuaufnahme einer Zusatzpauschale nach der GO-Nr. 06225 EBM und Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels 6 (Fachärzte für Augenheilkunde) zum 1. Januar 2012

Zur Finanzierung der neuen Leistung erfolgt eine Umverteilung im Vergleichsgruppenfonds der Vergleichsgruppe 008 (Fachärzte für Augenheilkunde). Die durch die Abwertung der Grundpauschalen des EBM-Kapitels frei werdenden Finanzmittel werden innerhalb der Vergleichsgruppe 008 in einen Fonds eingestellt.

Die Division der im Fonds bereitgestellten Finanzmittel durch die RLV-relevante Fallzahl der konservativ tätigen Augenärzte im Vorjahresquartal ergibt einen Zuschlag auf den RLV-Fallwert. Verbliebene Mittel in diesem Fonds werden in das nächste Quartal übernommen. Aus Sicherstellungsgründen besteht für geringfügig operierende Augenärzte ein Antragsrecht.

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

§ 8

Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

- (1) Ärzte gemäß Anlage 2a unterliegen der Leistungssteuerung nach RLV und ggf. QZV.
- (2) Ärzte gemäß Anlage 2b unterliegen der Leistungssteuerung nach zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.
- (3) Ärzte gemäß Anlage 2c unterliegen folgender Leistungssteuerung:

Die nach den vorstehenden Vorschriften verbleibenden Leistungen des aktuellen Quartals werden je Vergleichsgruppe aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach der SGO honoriert. Übersteigende Leistungen werden mit dem Preis für Restleistungen honoriert. Die Summe aus dem Honorar zum Regionalpunktwert und zum Preis für Restleistungen durch das jeweils angeforderte Honorar der Vergleichsgruppe ergibt die Quote je Arzt dieser Vergleichsgruppe.

- (4) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1 bis 3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
- (5) Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1 bis 3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
- (6) Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer (LANR) der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.

Abweichend hiervon gelten folgende Regelungen:

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

- b) Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Phoniatrie und Pädaudiologie werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.
 - c) Fachärzte mit den zwei Gebietsbezeichnungen Neurologie sowie Psychiatrie (und Psychotherapie) werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) gemäß Anlage 2a zugeordnet.
 - d) Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, werden der Vergleichsgruppe "Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie" gemäß Anlage 2a zugeordnet.
 - e) Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und über eine Abrechnungsgenehmigung nach der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM verfügen, werden - soweit sie nicht bereits entsprechend den vorgenannten Regelungen zugeordnet wurden - der entsprechenden internistischen Vergleichsgruppe mit Schwerpunkt gemäß Anlage 2a zugeordnet.
- (7) Wird eine neue Tätigkeit in einem weiteren Praxissitz aufgenommen, welche mit einer Erhöhung des Tätigkeitsumfanges verbunden ist, können das RLV und ggf. die QZV dieser Vertragsärzte im Umfang der Erhöhung der Tätigkeit angepasst werden. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen.
- (8) Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (9) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung.
- Innerhalb des RLV kommt bei der Vergütung der Versichertenpauschalen GOP 03110 bis 03112, GOP 03120 bis 03122 sowie GOP 04110 bis 04112, GOP 04120 bis 04122 EBM ein Punktwert von 3,8 Cent zur Anwendung.
- (9a) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal ein RLV und ggf. QZV in EURO vorgegeben. Bis zu dessen Ausschöpfung werden die abgerechneten Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen, mit den in der sächsischen Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet.
- Sofern das einem Arzt zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.
- (10) Überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen, zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und den überschreitenden Leistungsmengen gemäß Abs. 3 werden versorgungsbereichsspezifisch mit Preisen für Restleistungen vergütet. Diese ergeben sich als Quotient aus den versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen in Höhe von 2 % dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und nach Abs. 3 übersteigenden Vergütungen

nach der jeweils gültigen sächsischen Gebührenordnung. Die so ermittelte Quote wird mit den versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und nach Abs. 3 übersteigenden Vergütungen nach der sächsischen Gebührenordnung multipliziert. Dabei darf die maximale Quote jeweils 99 % betragen.

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

Bei Vorliegen der u. g. Umstände können auf Antrag für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs ein neues arztbezogenes RLV und QZV zugewiesen werden.

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- a) Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft von über sechs Wochen Dauer,
- b) Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis von über sechs Wochen Dauer,
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- e) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- f) der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist bzw. in einer Bezugsregion, für die durch den Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist und in denen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung - auch nach Aussetzung der Abstaffelungsregelung gemäß § 9 Abs. 4 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

(12) Praxisbesonderheiten

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

(13) Änderung der RLV/QZV von Amts wegen

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

§ 9

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Bestimmung der RLV

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

Abweichend hiervon ergibt sich die Höhe des RLV eines Arztes des hausärztlichen Versorgungsbereiches aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte nach Altersklassen und der RLV-relevanten Fallzahlen des Arztes nach Altersklassen im aktuellen Quartal.

Die Bildungsvorschriften befinden sich in Anlage 4 Punkt A.

(2) RLV-relevante Fälle

RLV-relevante Fälle (nachfolgend: RLV-Fälle) sind grundsätzlich kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Bereitschaftsdienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und 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.

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

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Ärzte gem. Anlage 2a der Praxis.
Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 und 2 der Arztpraxis.

(3) RLV-Fallwert

Die Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes erfolgt gemäß Anlage 5.

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

- a) um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe,

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

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

(4) **Bildungsvorschriften zum RLV**

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

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

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

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

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

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

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

- a) Ärzte in vergleichsgruppengleichen Kooperationen erhalten einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das RLV.

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

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.

Der Kooperationsgrad (KG) wird wie folgt ermittelt:

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

Abweichend von der grundsätzlichen Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahl gemäß § 9 Abs. 2 werden bei der Ermittlung des Kooperationsgrades auch Arztfallzahlen berücksichtigt in denen ausschließlich QZV-relevante Leistungen bzw. die Pseudoziffer 99990 zu Abrechnung gelangen.

(5) **Praxen mit Jungärzten**

- a) Jungärzte sind Ärzte, welche im Vorjahresquartal zur Bestimmung der individuellen Fallzahl bei der Berechnung der RLV keine vollen acht Quartale niedergelassen bzw. angestellt waren.
- b) Für Jungärzte ergibt sich das arztindividuelle RLV auf Basis der RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals.
- c) Abweichend von b) wird für fachärztliche vergleichsgruppengleiche und/oder RLV/QZV-verrechnungsfähige Ärzte in einer Kooperation (Verrechnungsgruppe) die RLV-Fallzahl des Jungarztes wie folgt berechnet:
1. Ermittlung der RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der zugewiesenen RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals.
 2. Ist die RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal geringer als die bzw. gleich der zugewiesene/n RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals, wird dem Jungarzt keine RLV-Fallzahl zugewiesen.
 3. Ist die RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal größer als die zugewiesene RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals, wird dem Jungarzt seine RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals bis zur Höhe der Steigerung der RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal gegenüber der zugewiesenen RLV-Fallzahl der Verrechnungsgruppe auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals zugewiesen.

Sofern mehrere Jungärzte in der Verrechnungsgruppe tätig sind, erfolgt die Aufteilung anhand des Anteils an der Steigerung der RLV-Fallzahl der Jungärzte der Verrechnungsgruppe im aktuellen Quartal.

- d) Nach Ablauf der Jungarztzeit wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet. Sollte bei diesen Ärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich eine erhebliche Erhöhung der RLV-Fallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der letzten vier Quartale vorliegen, ist auf Antrag eine abweichende Festlegung möglich.
 - e) Bei Praxisübernahmen im fachärztlichen Versorgungsbereich werden die Regelungen unter a) bis d) analog angewandt.
- (6) KV-übergreifende Tätigkeiten sind zu berücksichtigen.

§ 10

Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

(1) Bestimmung der QZV

- a) Gemäß Anlage 1 werden für die in Anlagen 2a genannten Vergleichsgruppen QZV's gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich entsprechend § 7 Abs. 2.
- b) Bei der Zuweisung der QZV gilt der Grundsatz, dass QZV allen Vergleichsgruppen gewährt werden, sofern in einer Vergleichsgruppe pro Vertragsarzt mindestens 5 QZV-relevante Leistungsfälle erbracht werden und die Regelungen des EBM einer Gewährung der QZV nicht entgegen stehen. Weichen QZV-Fallwerte um mehr als 30% vom durchschnittlichen QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches ab, sind diese QZV-Fallwerte zu prüfen und ggf. auf den durchschnittlichen QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches anzupassen. Verbliebene Finanzmittel bzw. hierfür zusätzlich erforderliche Finanzmittel werden mit dem RLV-Vergütungsvolumen der Vergleichsgruppe verrechnet. Weitere Anpassungen sind auf folgende Grundsätze beschränkt:
 - 1. 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. Wenn in einem QZV keine finanziellen Mittel aber Leistungsfälle im Vorjahresquartal vorhanden sind, kann als QZV-Fallwert der Vergleichsgruppe der durchschnittliche QZV-Fallwert des Versorgungsbereiches zugeordnet werden. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel werden im Folgequartal zu Lasten des RLV-Vergütungsbereiches der Vergleichsgruppe entnommen.

3. Wenn für ein QZV Finanzmittel vorhanden sind, jedoch keine Leistungsfälle werden diese Finanzmittel mit dem RLV-Vergütungsvolumen der Vergleichsgruppe verrechnet.

(2) **QZV-relevante Fälle**

Die QZV sind je Leistungsfall zu berechnen und zuzuweisen. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im ambulanten Behandlungsfall des entsprechenden Basisquartals 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. Die Basisquartale gelten analog der Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahlen.

(3) **QZV-Fallwert**

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

(4) **Bildungsvorschriften zum QZV**

- a) Die QZV werden je Arzt ermittelt.
- b) Bei der Ermittlung des QZV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid und die folgenden Absätze 5 bis 7 zu berücksichtigen.
- c) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes QZV für die vom Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.
- d) Die Zuweisung der QZV erfolgt analog den Regelungen zum RLV gem. § 9 Abs. 4.

- (5) Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten gelten hinsichtlich der Zuschläge auf QZV-Leistungen für Ärzte in Kooperationen (Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Praxen mit angestellten Ärzten) die BAG - Zuschlagsregelungen für RLV gem. § 9 Abs. 4 entsprechend.

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

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

- a) QZV Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren in den Vergleichsgruppen 001, 004 und 005 (Nr. 66 der Anlage 1)

In den genannten Vergleichsgruppen wird der für den Vergütungsbereich relevante Leistungsbedarf des Jahres 2008 für dieses QZV um einen Faktor erhöht. Der Faktor ergibt sich aus der Relation des Leistungsbedarfes für dieses QZV im Jahr

2009 zum Basisjahr 2008. Die finanziellen Mittel werden aus dem Vergütungsbe-
reich der jeweiligen Vergleichsgruppe entnommen.

- b) QZV Kardiologie I und Kardiologie II in der Vergleichsgruppe 020 (Nr. 24 und
25 der Anlage 1)

Die sich rechnerisch ergebenden Vergütungsbereiche für diese beiden QZV wer-
den in der Vergleichsgruppe 20 zusammengeführt. Anhand des EBM-Wertes für
die in den QZV enthaltenen Leistungen und den Leistungsfallzahlen für die bei-
den QZV wird ein virtueller Vergütungsbereich für beide QZV ermittelt. Die Re-
lation der virtuellen QZV-Vergütungsbereiche zum virtuellen Gesamtvergütungs-
bereich wird auf den zusammengeführten Vergütungsbereich aus der Fallwertbe-
rechnung übertragen und ergibt die neuen QZV-Vergütungsbereiche.

- c) QZV Neurologische Diagnostik I und QZV Betreuung psychisch Kranker in den
Vergleichsgruppen 028, 030 und 035 (Nr. 42 und 5 der Anlage 1)

Die sich rechnerisch ergebenden Vergütungsbereiche und Leistungsfallzahlen
werden je QZV nach der Berechnung über die genannten Vergleichsgruppen zu-
sammengeführt und ein einheitlicher QZV-Fallwert über die Vergleichsgruppen
berechnet.

(7) Jungarztregelung bzw. Erwerb von neuen Berechtigungen

- a) Für Altärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die eine Berechtigung zur
Erbringung von Leistungen aus einem QZV neu erlangt haben, besteht ein An-
tragsrecht auf Zuweisung eines QZV. Gleiches gilt für QZV-Leistungen, die kei-
ner Berechtigung bedürfen und im aktuellen Quartal erstmals erbracht werden.
- b) Für die Bemessung der QZV für Jungärzte gilt die Regelung analog zu § 9 Abs. 5,
wobei die Begrifflichkeit der RLV-Fallzahl durch die QZV-Leistungsfallzahl er-
setzt wird.

- (8) KV-übergreifende Tätigkeiten sind zu berücksichtigen.

§ 11

Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

- (1) Die in Anlage 2b genannten Vergleichsgruppen sowie weitere Ärzte nach § 87b Abs. 2
Satz 3 SGB V unterliegen mit den antrags- und genehmigungspflichtigen psychothera-
peutischen Leistungen gemäß Abschnitt 35.2 EBM zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.
- (2) Den unter Abs. 1 genannten Leistungserbringern werden zeitbezogene Kapazitätsgren-
zen für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach
Abschnitt 35.2 EBM in Höhe von 27.090 Minuten je Quartal je Arzt/Therapeut (unter
Beachtung des Tätigkeitsumfangs) zugewiesen.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit der Lei-
stungen des Abschnittes 35.2 EBM, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des
Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung, die zugewiesene Kapazitätsgrenze, so

werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen für Restleistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches vergütet.

§ 12 **Vergütung psychotherapeutischer Leistungen** **für Ärzte und Psychotherapeuten**

- (1) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2b werden die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 2 Abs. 3a) vergütet. Die Leistungen nach der GOP 35150 werden aus einem Vorwegabzug gemäß § 14 Abs. 6 vergütet. Die Vergütung der übrigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2b erfolgt aus dem vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung solange dieses Verteilungsvolumen nicht überschritten wird.
Die Mindestquote für nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und Psychotherapeuten gemäß Anlage 2b wird auf 80 % festgelegt.
- (2) Für Ärzte nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V der Anlage 2a werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze nach den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 2 Abs. 3a) vergütet. Die Leistungen nach der GOP 35150 werden aus einem Vorwegabzug gemäß § 14 Abs. 6 vergütet. Die Vergütung der übrigen nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 SGB V der Anlage 2a erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen für Restleistungen.
- (3) Für Ärzte der Anlage 2a, die in § 87b Abs. 2 SGB V nicht genannt sind, werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach § 7 Abs. 3d vergütet. Nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen dieser Ärzte werden aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen für Restleistungen.
- (4) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung § 8 Abs. 3 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

§ 13 Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung

- (1) **Angestellte Ärzte, Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten**
 - a) Die Regelungen zur Bildung der RLV/QZV gelten auch für angestellte Ärzte mit Ausnahme der gemäß § 23 i der Bedarfsplanungs-Richtlinien Leistungsbeschränkungen unterliegenden angestellten Ärzte. Für diese gelten die Vorschriften des Absatzes 2.
 - b) Ärzte in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erhalten kein eigenes RLV/QZV. Für die von Ärzten in Weiterbildung, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erhält der Praxisinhaber kein zusätzliches RLV/QZV.
- (2) **Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen gemäß § 23 a der Bedarfsplanungs-Richtlinien („Job-Sharing-Praxen“)**
 - a) Die RLV/QZV-Regelungen werden nach Durchführung der Begrenzungsregelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien angewandt. Nach Erlöschen der Leistungsbeschränkungen aufgrund der Bedarfsplanungs-Richtlinien gelten für den hinzugetretenen Arzt die Regelungen des § 9 Abs. 5 bzw. des § 10 Abs. 7b.

§ 14 Übergangsregelungen

- (1) Soweit Leistungen innerhalb der MGV vereinbart werden, die bisher außerhalb der MGV honoriert wurden, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den im Vorjahresquartal zur Verfügung stehenden Mitteln. Die Division der Mittel durch den angeforderten Leistungsbedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechende GOP der sächsischen Gebührenordnung angewandt wird. Es gilt eine Mindestquote i. H. v. 50 %.
- (2) Soweit die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bisher innerhalb der MGV honoriert wurde, erfolgt eine Anpassung des HVM zum nächsterreichbaren Quartal. Honorardifferenzen werden nachvergütet.
- (2a) Soweit die MGV zweckgerichtete Vergütungsanteile enthält, werden diese ab Beginn der Neuregelung bis zu einem erneuten Beschluss über die Honorarverteilung aus Vorwegabzügen – ggf. getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich - honoriert. Die Mittel in den Vorwegabzügen richten sich nach den zweckgerichteten MGV-Anteilen. Die Division der Mittel durch den angeforderten Bedarf ergibt eine Quote, die auf die entsprechenden Anforderungen angewandt wird.
- (3) Im Sinne einer Neuentscheidung nach Abs. 1 wird mit gynäkologischen Leistungen, die bisher außerbudgetär vergütet wurden, ab 1. Januar 2013 wie folgt verfahren:

GOP 08521: Integration in RLV
GOP 08520: Bildung eines QZV „Beratung künstliche Befruchtung“
GOP 08230: Bildung eines QZV „Zuschlag Grundpauschale künstliche Befruchtung“

- (4) Im Quartal IV/2012 verbliebene Mittel in dem Fonds nach § 7 Abs. 4 a) des HVM in der bis 31. Dezember 2012 gültigen Fassung fließen den verbleibenden Mitteln des fachärztlichen Versorgungsbereiches zu.
- (5) Der Vorstand kann die Anwendung der Regelung nach § 8 Abs. 9 b) ab dem Quartal aussetzen, ab dem der Bewertungsausschuss eine gleichgelagerte Regelung auf Bundesebene beschließt.
- (6) Bis zur endgültigen Klärung der Vergütung / Bereinigung wird ein Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen nach der GOP 35150 für Ärzte und Therapeuten nach § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V gebildet. 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 80 % der Preise der SGO. Die Bildung des Fonds erfolgt gemäß § 4 Abs. 3.

§ 15 In-Kraft-Treten

Anlage 9 Nr. 1 Satz 2 tritt am 1. Oktober 2012 in Kraft; im Übrigen tritt dieser HVM am 1. Januar 2013 in Kraft und ersetzt den HVM vom 5. September 2012.

Anlage 1

Tabelle QZV

Entspricht der Veröffentlichung im Internet.

Anlage 2a Ärzte mit RLV und ggf. QZV

Vergleichsgruppe	Bezeichnung
Hausärztlicher Versorgungsbereich	
001	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
004	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
005	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- Kardiologie, die, gemessen am RLV-relevanten Leistungsbedarf, mehr als 30 % Leistungen aus Kapitel 4.4.1 EBM abrechnen
Fachärztlicher Versorgungsbereich	
007	Fachärzte für Anästhesiologie
008	Fachärzte für Augenheilkunde
009	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
010	Fachärzte für Frauenheilkunde
012	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
013	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
014	Fachärzte für Humangenetik
015	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
016	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
017	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
018	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
019	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
020	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
023	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
024	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
025	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
026	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
027	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
028	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie)
030	Fachärzte für Neurologie
031	Fachärzte für Nuklearmedizin
032	Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
034	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
035	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
036	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie
047	Fachärzte für Urologie
048	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
049	schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704

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

Fachärztliche Internisten werden grundsätzlich gemäß Schwerpunktbezeichnung bzw. Schwerpunktkompetenz zugeordnet.

RLV-/QZV-verrechnungsfähige Vergleichsgruppen gem. § 9 Abs. 4 sind:

- 001, 004 und 005
- 012 und 034
- 016 und 020
- 026, 028, 030 und 035
- 031 und 036
- 032 und 048

Anlage 2b

Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

Folgende Leistungserbringer bilden die Vergleichsgruppe 200:

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

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

Anlage 2c

Ärzte ohne RLV

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

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

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

Vergleichsgruppe 220 - Fachärzte für Strahlentherapie

Anlage 3

Rückstellungen und Zuführungen in den Versorgungsbereichen

a) Bereich vor Aufteilung der MGV

1. Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen bei Vorwegabzügen vor Aufteilung der MGV
2. Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen aus dem Bereich vor Aufteilung der MGV
3. Vorwegabzug zur Bildung eines Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V (KV-Anteil),
4. Zuführungen bzw. Abzüge aus dem Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ) aus dem Bereich vor Aufteilung der MGV
5. Zuführung nicht verbrauchter Mittel bzw. nicht benötigter Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen im Bereich vor Aufteilung der MGV aus Vorquartalen, soweit nicht anders geregelt.
6. Vorwegabzug Bereinigung Selektivverträge

b) Versorgungsbereich Hausärzte

1. Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen bei Vorwegabzügen im hausärztlichen Versorgungsbereich
2. Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich
3. Zuführungen bzw. Abzüge aus dem FKZ aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich
4. Zuführung nicht verbrauchter Mittel bzw. nicht benötigter Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen im Bereich der Vorwegabzüge des hausärztlichen Versorgungsbereiches aus Vorquartalen
5. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
6. Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, soweit nicht anderweitig geregelt, z. B.:
 - Förderung von Ärzten in Weiterbildung (KV-Anteil)
 - Förderung von Medizinstudenten (KV-Anteil)
 - Förderung einer Patenschaftspauschale
7. Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen (u. a. Praxisbesonderheiten)
8. Rückstellungen zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KV-Anteil), soweit nicht anderweitig geregelt
9. Rückstellung in Höhe von 2 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens zur Honorierung der Restleistungen
10. Rückstellungen für RLV- und QZV-BAG-Zuschläge

11. Zuführung aus Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V, soweit innerhalb der MGV erbrachte Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches betroffen sind.
12. Vorwegabzug Bereinigung Selektivverträge

c) Versorgungsbereich Fachärzte

1. Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen bei Vorwegabzügen im fachärztlichen Versorgungsbereich
2. Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich
3. Zuführungen bzw. Abzüge aus dem FKZ aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich
4. Zuführung nicht verbrauchter Mittel bzw. nicht benötigte Rückstellungen für den Ausgleich von Fehlschätzungen im Bereich der Vorwegabzüge des fachärztlichen Versorgungsbereiches aus Vorquartalen
5. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
6. Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, soweit nicht anderweitig geregelt, z. B.:
Förderung von Ärzten in Weiterbildung (KV Anteil)
7. Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Durchführungsbestimmungen (u. a. Praxisbesonderheiten)
8. Rückstellungen zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KV-Anteil), soweit nicht anderweitig geregelt
9. Rückstellung in Höhe von 2 % des fachärztlichen Verteilungsvolumens zur Honorierung der Restleistungen
10. Rückstellungen für RLV- und QZV-BAG-Zuschläge
11. Zuführung aus Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V, soweit innerhalb der MGV erbrachte Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches betroffen sind.
12. Vorwegabzug Bereinigung Selektivverträge

Anlage 4 Bildungsvorschriften für RLV und QZV

A) Bildungsvorschriften zum RLV

(1) fachärztlicher Versorgungsbereich

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

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

RLV_{Arzt} : Regelleistungsvolumen pro Arzt

FW_{VGR} : vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert

FZ_{Arzt} : RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß § 9 Abs. 2

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

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

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

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

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

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

h = vergleichsgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr 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 im Vorjahr

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

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

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

(2) hausärztlicher Versorgungsbereich

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

AK1 = Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

AK2 = Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

AK3 = Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Die RLV werden pro Arzt nach folgender Formel ermittelt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{VGR}}^{\text{AK1}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK1}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK2}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK2}} + FW_{\text{VGR}}^{\text{AK3}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{AK3}}$$

RLV_{Arzt} : Regelleistungsvolumen pro Arzt

FW_{VGR} : vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert je Altersklasse

FZ_{Arzt} : RLV-relevante Fallzahl des Arztes gemäß § 9 Abs. 2 je Altersklasse

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

B) Berechnungsvorschriften zum QZV-Fallwert

Der QZV-Fallwert wird nach folgender Formel berechnet:

$$QZV - FW_{\text{VGR}}^{1-n} = \frac{QZV_{\text{VGR}}^{1-n}}{QZV - \text{Leistungsfälle}_{\text{VGR}}^{1-n}}$$

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

Anlage 5

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

Bildungsvorschrift des RLV-Fallwertes

Bei der Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes wird wie folgt vorgegangen:

1. Ermittlung des vergleichsgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen des Versorgungsbereiches gemäß § 7 Abs. 1 dieser Vereinbarung,
2. Berechnung des RLV-Vergütungsbereiches je Vergleichsgruppe gemäß § 7 Abs. 2 dieser Vereinbarung,
3. Ermittlung der Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals je Arzt einer Vergleichsgruppe gemäß § 9 Abs. 2 (im fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung der Fallzahlbegrenzungsregelungen gemäß § 9 Abs. 3) (FZ Arzt) sowie Berechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe, Die Ermittlung der RLV-Fälle des hausärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt nach Altersklassen gemäß Anlage 4 A) (2)
4. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Formel:

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

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

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

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

Der sich rechnerisch ergebende RLV-Fallwert wird kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet. Im Jahr 2012 wird ein einheitlicher RLV-Fallwert für das 3. und 4. Quartal 2012 berechnet. Ab dem Jahr 2013 gilt unter dem Vorbehalt der unterjährigen Änderung ein einheitlicher RLV-Fallwert für das gesamte Kalenderjahr.

5. Die Ermittlung des RLV-Fallwertes im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach folgender Vorgehensweise:
 - (a) Arztindividuelle Ermittlung der abzustaffelnden Fallzahlen nach folgender Vorschrift:

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

 - um 0 % für Fälle bis 150 % durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster A),

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster B),
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster C) und
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe (Cluster D).

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

- (b) Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe,
- (c) Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes nach folgender Formel:

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

FW _{VGR} :	vergleichsgruppenspezifischer RLV-Fallwert
RLV _{VGR} :	Budget für die Vergütung von Leistungen innerhalb RLV
FZ _A :	RLV-relevante Fallzahl Cluster A
FZ _B :	RLV-relevante Fallzahl Cluster B
FZ _C :	RLV-relevante Fallzahl Cluster C
FZ _D :	RLV-relevante Fallzahl Cluster D

Anlage 6

Bereinigung von RLV, QZV und anderen Leistungsbestandteilen bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V

A) Gegenstand

- (1) Diese Anlage regelt die Anpassung der RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V.
- (2) Die in dieser Anlage getroffenen Regelungen gelten nur für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung der Versicherten.
- (3) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V für den Bereich der Bereinigung von RLV, QZV und anderer Leistungsbestandteile bei Teilnahme von Ärzten an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff gelten vorrangig.

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

B) Voraussetzungen

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass die betreffende Krankenkasse, die einen Selektivvertrag nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V geschlossen hat, zur Bereinigung der MGV eine gesonderte, auf den jeweiligen konkreten Selektivvertrag bezogene Vereinbarung mit der KV Sachsen abgeschlossen hat.

C) Bereinigungsverfahren der MGV bei bereichseigenen Selektivverträgen

Das Bereinigungsvolumen wird denjenigen vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entnommen, welches von dem Selektivvertrag betroffen ist. Können der Selektivvertrag oder Teile von Selektivverträgen keinem Versorgungsbereich zugeordnet werden, wird das entsprechende Bereinigungsvolumen dem versorgungsbereichsübergreifendem Verteilungsvolumen entnommen.

D) Bereinigungsverfahren der RLV bei bereichseigenen Selektivverträgen

- (1) Bereichseigene Selektivverträge sind Selektivverträge, an denen Vertragsärzte aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen. Eine Bereinigung erfolgt für Versicherte mit Wohnort im Bereich der KV Sachsen.
- (2) Eine Bereinigung der RLV/QZV erfolgt nur, wenn das Basisquartal bzw. der Basiszeitraum für die Ermittlung der RLV/QZV nicht das aktuelle Abrechnungsquartal ist.
- (3) Die KV Sachsen ermittelt zunächst entsprechend den Vorschriften des gültigen HVM je Vergleichsgruppe die RLV-/QZV-Vergütungsvolumen, die RLV-/QZV-Fallzahlen und die RLV-/QZV-Fallwerte ohne Berücksichtigung von Bereinigungsbeträgen aus Selektivverträgen.

- (4) Ermittlung des Bereinigungsvolumens und Bereinigung der RLV/QZV
- a) Das Bereinigungsvolumen für sämtliche Leistungen des Ziffernkranzes der Satzart L 03 wird für jeden bereichseigenen zu bereinigenden Vertrag nach § 73b, § 73c und §140a ff. SGB V gesondert, je Quartal und je Versorgungsbereich auf Basis des in der ersten Datenlieferung der jeweiligen Krankenkasse angegebenen Bereinigungsbetrages in der Satzart L 06 (unter Abzug eines eventuell mit der Krankenkasse vereinbarten Abschlages, z.B. für die Beendigung der HZV-Teilnahme durch Versicherte im bereinigten Quartal) ermittelt.
 - b) Berechnung des MGV-Bereinigungsfallwertes je zu bereinigenden Vertrag, je Quartal und je Versorgungsbereich ggf. vergleichsgruppenbezogen: Das Bereinigungsvolumen unter a) wird durch die Summe der bei allen eingeschriebenen Ärzten eingeschriebenen Versicherten (aus der Angabe in der Satzart L02 der von der Krankenkasse gelieferten Daten) dividiert. Das Ergebnis ist der gemittelte MGV-Bereinigungsfallwert des jeweiligen Vertrages.
 - c) Für die Bereinigung des RLV/QZV des Arztes wird die unter b) festgestellte Anzahl der eingeschriebenen Versicherten des Arztes abzüglich der Anzahl der im Vorjahresquartal bei diesem Arzt eingeschriebenen Versicherten mit dem gemittelten MGV-Bereinigungsfallwert multipliziert. Für den Fall, dass sich aus der ermittelten Versichertenanzahl ein negativer Saldo ergibt (Versicherte haben z. B. ihre Teilnahme am Selektivvertrag beendet), wird kein Bereinigungsvolumen berechnet. Für diesen Fall kann der Arzt eine Erhöhung seines RLV/QZV beantragen.
 - d) Das ermittelte Bereinigungsvolumen unter c) wird vom RLV/QZV des Arztes abgezogen und auf der RLV/QZV-Mitteilung des Arztes ausgewiesen.
 - e) Wird nach erfolgter Einigung mit der Krankenkasse über die Datenlieferung ein von der ersten Datenlieferung (unter a)) abweichender Bereinigungsbetrag festgestellt, so ist die Differenz je Versorgungsbereich im nächst erreichbaren Quartal zu verrechnen.

E) Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

- (1) Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.
- (2) Es wird folgendes Bereinigungsverfahren angewandt:
 - a) Die sich je Krankenkasse und Quartal ergebenden Bereinigungsvolumina werden anhand des Geltungsbereiches des jeweiligen Vertrages je Versorgungsbereich getrennt festgestellt.
 - b) Das jeweilige Bereinigungsvolumen wird entsprechend der an der Selektivversorgung teilnehmenden Leistungserbringer als Vorwegabzug aus dem haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
 - c) Sofern eine Zuordnung zu einem Versorgungsbereich nicht möglich ist, wird das Bereinigungsvolumen als Vorwegabzug vor Aufteilung der MGV auf die Versorgungsbereiche entnommen.

Anlage 7

Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

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

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

VV_{VGR} : vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

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

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

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

Dabei werden die Anpassungsfaktoren nach Punkt 3 berücksichtigt.

2. Aufteilung der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina auf die vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereiche

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

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

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

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

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

FWL_{VGR}^{1-n} : Budget für die Vergütung von besonders förderungswürdigen Leistungen gemäß § 7 Absatz 3

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

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

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

$LB_{VGR}^{FWL^{1-n}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten für besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 7 Absatz 3 einer Vergleichsgruppe.

VV_{VGR} : vergleichsgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Dabei werden die Anpassungsfaktoren gemäß Punkt 3 berücksichtigt.

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

3. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a	Anpassungsfaktor
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	004, 005	1,0298
Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3)	012	1,1198
Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	026, 028, 035	1,2425
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	028	1,1594
Ausgliederung einer Gesprächsleistung	030	1,0470
Einführung neuer Leistungen (Abschnitte 9.3 und 20.3)	034	1,1243
Bereinigung von Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	009	0,9974
	010	0,9761
	013	0,9801
	018	0,9985
	027	0,9327
	047	0,9686

Anhebung der Bewertung der Leistungen der Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)		1,1733
Steigerung der Bewertung der Leistung der MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)		1,1706
Anhebung der Bewertung der Leistung der Polysomnografie (GOP 30901)		1,2063
Anhebung der Bewertung der Leistungen der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1)		1,3223
Anhebung der Bewertung der Leistungen antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie		1,2944

Anlage 8

Kriterien zur Entwicklung von Zielstrukturen im Bereitschaftsdienst

Dienstgruppen mit weniger als 20 dienstverpflichteten Ärzten sind als nicht zukunftssicher einzustufen, da sowohl für eine nachhaltige und tragfähige Gestaltung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes als auch zur Vermeidung übermäßiger Belastungen einzelner Ärzte eine Mindestanzahl dienstverpflichteter Ärzte in einer Dienstgruppe vorauszusetzen ist. Daher wurden für betreffende Dienstgruppen neue Zuschnitte der Bereitschaftsdienstbereiche unter Berücksichtigung und Einbeziehung angrenzender Dienstgruppen entwickelt (Zielstrukturen). Sofern die jeweiligen Bereitschaftsdienststrukturen einzelner Dienstbereiche besonderen geographischen bzw. infrastrukturellen Gegebenheiten geschuldet sind, erfolgte keine Entwicklung einer Zielstruktur.

Die Konzeption nachhaltiger Zielstrukturen im Bereitschaftsdienst erfolgte hierbei auf Grundlage der nachfolgend definierten Kriterien:

Anzahl dienstverpflichteter Ärzte:

Die Mindestarztzahl in einer Dienstgruppe muss 20 oder mehr dienstverpflichtete Ärzte betragen. Zur Entwicklung der Zielstruktur wurde die Altersstruktur der dienstverpflichteten Ärzte in dem jeweiligen Dienstbereich berücksichtigt.

Räumliche Ausdehnung und geographische Gegebenheiten:

Die Ausdehnung der zu entwickelnden Bereitschaftsdienstbereiche (Zielstruktur) wurde auf maximal 35 km (Luftlinie) und die Obergrenze für die witterungsunabhängige Fahrzeit per PKW zwischen zwei Siedlungsflächen auf 45 Minuten festgelegt. Die Ermittlung dieser Werte erfolgte in Anlehnung an bereits bestehende Bereitschaftsdienstbereiche im Bezirk der KV Sachsen. Neben der räumlichen Ausdehnung wurden bei der Entwicklung der Zielstruktur geographische Gegebenheiten, wie bspw. Flussläufe, Tallagen, Grenzgebiete etc. einbezogen.

Siedlungsstruktur:

Die Umstrukturierung erfolgte unter Beachtung der bestehenden Siedlungsstruktur sowie der Bevölkerungsverteilung innerhalb einer Zielstruktur. Angestrebt wurden hierbei Bereiche mit zentral gelegenen Hauptsiedlungsflächen sowie einer relativ kleinräumigen Bevölkerungskonzentration. Entgegengesetzt gelegene bevölkerungsstarke Zentren innerhalb eines zu entwickelnden Bereitschaftsdienstbereiches wurden grundsätzlich vermieden.

Infrastruktur:

Als weiteres Kriterium wurde die Infrastruktur bewertet. Eine gut ausgebaute Verkehrsinfrastruktur zwischen den Hauptorten einer Zielstruktur wurde – vor dem Hintergrund einer effizienten Organisation des Bereitschaftsdienstes – angestrebt. Ferner erfolgte eine Berücksichtigung der Lage bestehender Krankenhausstandorte.

Anlage 9

Vergütung der Laborleistungen und -kosten

1. Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach Nr. 2. bis 6. erfolgt – in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E – aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.1 - 2.3 dieser Vorgabe der KBV ergibt. Differenzen zwischen dem voraussichtlichen Saldo des Fremdkassenausgleichsverfahrens und dem tatsächlichen Saldo werden in Folgequartalen ausgeglichen.

2. 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.

3. Vergütung von Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der SGO multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 vergütet.

4. Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM wird zum Preis der SGO vergütet.

5. Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der SGO vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden unter Berücksichtigung der Regelung unter 6. mit den Preisen der SGO multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 1.1.5 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

6. Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“

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 sind (zusammengefasst „Nicht-Laborärzte“ genannt), unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

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 bzw. § 25 Abs. 1 EKV des Abrechnungsquartals der Arztpraxis. Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Kapitels 32.3 EBM verfügen sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht.

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	4 EURO

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

Die Referenzfallwerte werden bei der Budgetbildung mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q multipliziert.

- 6.1 Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind sowie Laborärzte und Ärzte, die der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

- 6.2 Die individuelle Quote der Praxis beträgt im Quartal IV/2012 mindestens 95 % der Quote Q bzw. ab dem Quartal I/2013 mindestens 90 % der Quote Q (Mindestquote).

Die Vertreterversammlung wird ggf. eine Neufestlegung der Mindestquote beschließen.

Im Übrigen kann das Budget unter Nr. 6 auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden.

7. Bei Überschreitung des Gesamtbudgets nach Nr. 1 wird eine zusätzliche Quote zur Einhaltung des Gesamtbudgets auf die Leistungen des Abschnitts 32.2 und 32.3 EBM – mit Ausnahme der GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM – angewandt.

Verbleibende Mittel im Gesamtbudget nach Nr. 1 werden vorrangig mit Defiziten aus Vorquartalen verrechnet. Im Übrigen werden verbleibende Mittel im Folgequartal zur Stützung der individuellen Quoten für Nicht-Laborärzte je nach zur Verfügung stehender Mittel bis auf die Quote Q verwandt.