

Vereinbarung
zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen
Gebührenordnung (SGO)
zur Festlegung der Gesamtvergütung in Sachsen
zur Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs
zur Honorarverteilung

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden
Herrn Rolf Steinbronn

zugleich handelnd für die
Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
im Freistaat Sachsen

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover

der IKK classic
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden,
Herrn Gerd Ludwig

der Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

den Ersatzkassen
BARMER -GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk
als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

(LVSK)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen)
mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012

Inhaltsverzeichnis

- Teil 1 Allgemeine Grundsätze**
- Teil 2 Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)**
- Teil 3 Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen**
Anlage 1
Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen
- Anlage 2 a
Wegepauschalen
- Anlage 2 b
Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags
- Anlage 2 c
Kennzeichnung der Fahrdienste
- Anlage 3
Bereinigung PET
- Anlage 4
Regelung zur Ausgabenbegrenzung eGV
- Teil 4 Festlegung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs**
Anlage 1
Behandlungsbedarf je Krankenkasse
Anlage 2
Kassenspezifische Sondervereinbarungen
- Teil 5 Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**
Anlage 1
Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten
- Anlage 2a
Ärzte mit RLV
- Anlage 2b
Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen
- Anlage 2c
Ärzte ohne RLV
- Anlage 3
Grundsätze zur Anpassung der RLV
- Anlage 4

Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen (differenziert, gegenseitige Verrechnungsfähigkeit)

Anlage 5

Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit

Anlage 6

Datenlieferungen

Anlage 7

Fallzahlclusterung und Sonderfälle bei der Ermittlung des Fallwertes

Anlage 8

Übersicht QZV

Teil 1

Allgemeine Grundsätze

§ 1

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame oder durchführbare Regelung vereinbart werden, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

- (2) Werden gesetzliche Regelungen eingeführt, die dieser Vereinbarung insgesamt konträr gegenüberstehen, sind vor Ablauf des Vereinbarungszeitraumes Neuverhandlungen durch die Vertragspartner aufzunehmen.
- (3) Vor Neuaufnahme der Vertragsverhandlungen ist von den Vertragspartnern einvernehmlich festzustellen, ob die Neuverhandlungen im Sinne des Abs. 1 oder des Abs. 2 zu führen sind.

§ 2

Beschluss zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses bzw. des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 ff SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 vom 5./11. Oktober 2010 in seiner 23. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 und dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 25. Sitzung am 24. November 2010 einschließlich evtl. Folgebeschlüsse sind Grundlage dieser Vereinbarung und werden im Folgenden als Beschluss bezeichnet.

Für den Fall, dass der (Erweiterte) Bewertungsausschuss über die hier zu Grunde gelegten Beschlüsse bzw. deren Regelungsinhalte – insbesondere wegen diesbezüglicher behördlicher oder gerichtlicher Entscheidungen – (neu) zu beschließen hat, erfolgt die Festlegung der MGV in Anwendung der Regelungen im Teil 3 unter dem Vorbehalt, dass auch die neue Beschlussfassung dieselbe Festlegung der MGV ergibt. Ändert sich durch die neue Beschlussfassung die Festlegung der MGV für 2011 und 2012, so ist diese neue Festlegung anzuwenden. Über deshalb erforderliche Korrekturen oder Verrechnungen in Folgezeiträumen bei der Festlegung der MGV verständigen sich die Vertragspartner umgehend. Die Neufestlegung findet nach Maßgabe des im Beschluss genannten Vereinbarungszeitraum Anwendung.

§ 3

Abweichende Regelung für die Knappschaft

Die Knappschaft und die KBV schließen auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 83 Satz 1 SGB V sowie § 87a Abs. 3 SGB V einen Gesamtvertrag ab dem 1. Januar 2011, in dessen Rahmen die KBV die Abrechnung der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Knappschaft vereinbarten und zu zahlenden Gesamtvergütung durchführt. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV/Knappschaft Vorrang haben.

§ 4

Unterschriftenregelung

Die Teile 1, 2, 3 und 5 werden von den Vertragspartnern gemeinsam unterzeichnet. Der Teil 4 wird bilateral zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen sowie für die Ersatzkassen durch den vdek als Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis vereinbart und unterzeichnet.

§ 5

Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt für die Jahre 2011 und 2012.

Teil 2

Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO)

§ 1

Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen

- (1) Der regionale Punktwert in Sachsen wird gemäß § 87a Abs. 2 SGB V in Höhe des durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswertes vereinbart.

Er beträgt 3,5048 Cent.
- (2) Der Punktwert im Regelfall ist der regionale Punktwert gemäß Abs. 1.
- (3) Die Punktwerte bei Über- und Unterversorgung kommen in den Jahren 2011 und 2012 nicht zur Anwendung.

§ 2

Sächsische Gebührenordnung (SGO)

Es gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung.

Der Preis der Leistungen in der sächsischen Gebührenordnung (SGO) ergibt sich gemäß § 87a Abs. 2 SGB V aus der Bewertung einer Leistung in Punkten nach dem gültigen EBM multipliziert mit dem regionalen Punktwert im Regelfall gemäß § 1 Abs. 2. Die Preise sind kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen zu runden.

Für in Euro bewertete Leistungen des EBM gilt in der SGO der im EBM definierte Preis.

§ 3

Abweichende Bewertung von Leistungen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren zur Sicherung einer angemessenen Vergütung folgende ergänzende Regelungen:

- (1) Abweichend von § 1 Abs. 2 der Anlage 1 der Vereinbarung zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in Sachsen werden für die Leistungen des Mammographie-Screenings die nachfolgend festgelegten Zu- und Abschläge zum regionalen Punktwert unter dem Vorbehalt einer evtl. Anpassung der Mammographiescreening-Vereinbarung und einer evtl. Um-/Neubewertung des EBM vereinbart, damit das Vergütungsniveau gemäß vorliegender Vereinbarung beibehalten wird:

01750 bis 01758

01759

§ 1 Abs. 2 Mammographie-Vereinbarung

Auslastung größer gleich 70%	- 0,0647 Cent	+ 0,3655 Cent
Auslastung kleiner 70 % größer gleich 55 %	+ 0,0321 Cent	+ 0,4744 Cent
Auslastung kleiner 55 % größer gleich 40 %	+ 0,1437 Cent	+ 0,6001 Cent
Auslastung kleiner 40 %	+ 0,2108 Cent	+ 0,6755 Cent

- (2) Leistungen von ermächtigten Krankenhäusern und Institutsambulanzen, von anderen ermächtigten, ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie Notfallambulanzen werden zur Berücksichtigung des Investitionskostenabschlags gemäß § 120 Abs. 3 SGB V mit einem um 10% verminderten Regionalpunktwert gemäß § 1 bewertet. Der Ausweis in der SGO erfolgt durch eine allgemeine Anmerkung, dass die betreffenden Leistungen mit 10,00 % verminderten Preisen vergütet werden.
- (3) Bezüglich der Umsetzung von Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 02.09.2009 wird folgendes vereinbart: Da o. g. Teil C von der Kassenseite auf Bundesebene beklagt wurde (Az.: L 7 KA 62/09 KL und L 7 KA 135/09 KL), wird vereinbart, nach einem rechtskräftigen Urteil zu dieser Klage, zeitnah Verhandlungen zur Umsetzung des Teils C Punkt 3.1 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2011 aufzunehmen.

§ 4

Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM

Die Leistungen aus Vereinbarungen außerhalb des Leistungskatalogs des EBM sind nicht Bestandteil der SGO. Die diesbezüglichen Regelungen sind den Abrechnungshinweisen der KV Sachsen zu entnehmen.

§ 5

Organisatorische Regelungen

Die SGO wird gemäß § 87a Abs. 2 S. 6 SGB V i.V.m. § 87b Abs. 1 SGB V durch die KV Sachsen erstellt und veröffentlicht.

Teil 3

Festlegung der Gesamtvergütungen in Sachsen

Präambel

Die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie die Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einer Krankenkasse wird in den Jahren 2011 und 2012 gemäß § 87d Abs. 2 SGB V i. V. m. Nr. 2.1 bis 2.3 des Beschlusses sowie gemäß § 87d Abs. 4 SGB V berechnet.

§ 1

Grundsätze

- (1) Die Gesamtvergütung wird mit Wirkung für die jeweiligen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in Sachsen vereinbart.
- (2) Die Gesamtvergütung setzt sich zusammen aus:
 - a) der Vergütung für Leistungen aufgrund des bei Vertragsschluss vorhersehbaren morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Versicherten gemäß § 87d Abs. 2 SGB V,
 - b) der Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 3.

§ 2

Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2011

- (1) Datenbasis für die Ermittlung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten im I. bis III. Quartal 2011 ist der im Teil 3 § 2 Abs. 11 der Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. des Jahres 2010 vereinbarte Behandlungsbedarf je Versicherten. Im IV. Quartal ist die Datenbasis der vereinbarte Behandlungsbedarf je Versicherten gemäß Teil 3 § 2 Abs. 11a der Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. des Jahres 2010. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart ANZVER87c4 gemäß der 199. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 22.09.2009 genutzt.
- (2) Der Behandlungsbedarf je Versicherten wird gemäß Teil 3 § 2 Abs. 11a der Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. des Jahres 2010 in den Quartalen I bis III 2011 entsprechend der Durchführungsempfehlung zur Finanzierung der Leistungen und Kosten im Zusammenhang mit der Einführung der Balneo-Phototherapie (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 225. Sitzung) bereinigt.

- (3) Gemäß Punkt 2.3.1 des Beschlusses wird der nach Abs. 1 bzw. 2 ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten um 4,7340 % basiswirksam erhöht.
- (4) Die kassenspezifische Feststellung des Behandlungsbedarfs erfolgt in Teil 4 der Vereinbarung.
- (5) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (6) Für Krankenkassen (ohne Fusionen), für welche im Jahre 2008 mehrere Vertragskassennummern (VKNR) existieren, gelten Besonderheiten, da nach der Datensatzbeschreibung für die Satzart ANZVER87c4 nur die Gesamt-Versichertenzahl für das Haupt-Institutionskennzeichen zu liefern war. Die Behandlungsbedarfe je VKNR werden für diese Krankenkassen zusammengeführt. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (7) Die maßgeblichen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sind umzusetzen. Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden gesondert kassenspezifisch vereinbart.
- (8) Die nach Abs. 3 festgestellten Behandlungsbedarfe werden zur Ermittlung der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit der Zahl der Versicherten des Quartals III/2010 des KV-Bereichs 98 der jeweiligen Krankenkasse multipliziert.
- (9) Die nach Absatz 8 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe werden ohne Rundung jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 1 multipliziert und ergeben die vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal, die auf 2 Stellen nach dem Komma kaufmännisch zu runden ist.

§ 2a

Festsetzung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2012

- (1) Datenbasis für die Ermittlung des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs je Versicherten ist der im § 2 Abs. 3 vereinbarte Behandlungsbedarf je Versicherten. Weiterhin werden die von den Krankenkassen gelieferten Versichertenzahlen der Satzart ANZVER87c4 gemäß der 199. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 22.09.2009 genutzt.
- (2) Gemäß Punkt 2.5 des Beschlusses wird der nach Abs. 1 ermittelte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25% basiswirksam erhöht.
- (3) Die kassenspezifische Feststellung des Behandlungsbedarfs erfolgt in Teil 4 der Vereinbarung.

- (4) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen sind die jeweils kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zusammenzuführen. Die konkrete Umsetzung wird in Teil 4 der Vereinbarung geregelt.
- (5) Die maßgeblichen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sind umzusetzen. Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden gesondert kassenspezifisch vereinbart.
- (6) Die nach Abs. 2 festgestellten Behandlungsbedarfe werden zur Ermittlung der vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit der Zahl der Versicherten des Quartals III/2011 des KV-Bereichs 98 der jeweiligen Krankenkasse multipliziert.
- (7) Die nach Absatz 6 ermittelten quartalsbezogenen Gesamtbehandlungsbedarfe werden ohne Rundung jeweils mit dem regionalen Punktwert gemäß Teil 2 § 1 Abs. 1 multipliziert und ergeben die vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal, die auf 2 Stellen nach dem Komma kaufmännisch zu runden ist.

§ 3

Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Die Leistungen gemäß Anlage 1 und 2a (Wegepauschalen) werden in den Jahren 2011 und 2012 außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet.
- (2) Für die in Anlage 4 genannten Leistungsbereiche gelten ergänzend dazu die Ausgabenbegrenzungsregelungen gemäß § 87 d Abs. 4 SGB V. Das konkrete Verfahren dazu ergibt sich aus Anlage 4.

§ 3a

Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Aufgrund des Versorgungsengpasses mit Radionukliden werden vorübergehend PET-Untersuchungen mit radioaktiven Fluorverbindungen als Substitut für derzeit nicht durchführbare Knochenszintigraphien angewendet. Die Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses regelt hierzu, dass die Häufigkeiten der als Substitut angewandten PET-Untersuchung für die Dauer des vorübergehenden Versorgungsengpasses ermittelt werden, sofern diese Ersatzregelung durch den Bewertungsausschuss fortgeführt wird. Auf der Grundlage der ermittelten Häufigkeiten der PET-Untersuchungen und dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen (GKV-Wert gem. Anlage 3) wird der Bereinigungsbetrag für Knochenszintigraphien ermittelt. Die Bereinigung erfolgt durch Abzug der Bereinigungssumme pro Untersuchung gem. Anlage 3 vom Wert der PET-

Untersuchung (GOP 88738 EBM) lt. Bundesempfehlung. Der abgesenkte Wert der PET-Untersuchung wird dem Leistungserbringer vergütet und der Krankenkasse in Rechnung gestellt.

§ 3b

Honorarkürzung der KV Sachsen aufgrund fehlender Fortbildungsnachweise gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V

Durch die KV Sachsen wird die Honorarkürzung der betreffenden Ärzte gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V festgestellt. Aus der anteiligen Honorarkürzung ist von der KV Sachsen zu ermitteln, welcher Anteil davon auf Leistungen gemäß § 3 zu dieser Vereinbarung entfällt. Das gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V zu kürzende Honorar in Höhe von 10% bzw. 25% der gemäß § 3 festgestellten Leistungen wird von der KV Sachsen je Krankenkasse ermittelt und der betreffenden Krankenkasse im Formblatt 3 über einen separaten Vorgang im aktuellen Quartal zurückerstattet.

§ 4

Überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ)

- (1) In Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung zur Konkretisierung des Beschlusses Teil B des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 gilt folgender Grundsatz:
- (2) Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in diesem Beschlussteil und Beschluss Teil F getroffenen Regelungen.
- (3) Die Krankenkassen haben in 2011 und 2012 ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen, ggf. unter Beachtung der regionalen Quotierungsvorgaben (z. B. Fallzahlbegrenzung in der Sozialpsychiatrievereinbarung).
- (4) Die Zuordnung und Vergütung der betreffenden Leistungen zum Bereich innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung richtet sich nach dieser Vereinbarung.
- (5) Für Leistungen, die nach diesem Vertrag nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, vergüten die Krankenkassen der KV Sachsen die im FKZ von der KV am Leistungsort geltend gemachten Preise lt. regionaler Euro-Gebührenordnung oder nach Verträgen am Leistungsort, sofern für diese Verträge eine Anerkennungsvereinbarung der betreffenden Krankenkasse abgegeben wurde.

- (6) Die Vergütung für Leistungen, die nach diesem Vertrag Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist mit der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten.
- (7) Der Nachweis der betreffenden Leistungen erfolgt gemäß der jeweils gültigen Formblattrichtlinie. Sofern erforderlich, übermittelt die KV Sachsen spätestens mit dem Rechnungsbrief ergänzende Leistungsstatistiken.
- (8) Die Verrechnungen zwischen der KV Sachsen und der KV am Leistungsort richten sich ausschließlich nach der Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V.

§ 5

Anrechnung von Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen

Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V sind gemäß den Vergütungsgrundsätzen des Kassenarztrechts auf die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß §§ 2 und 2a anzurechnen, soweit der betroffene Versicherte nicht bereits im gesamten Kalenderjahr 2008 das Kostenerstattungsverfahren gewählt hat. Abweichende kassenspezifische Regelungen können in Teil 4 der Vereinbarung getroffen werden.

§ 6

Abschlags- und Restzahlungen

Abschlags- und Restzahlungen werden kassenartenindividuell in Teil 4 der Vereinbarung abschließend geregelt.

§ 7

Rechnungsabschluss 2011 und 2012

Die nach Abschluss der Jahre 2011 bzw. 2012 jeweils nicht ausgeschöpften Behandlungsbedarfe je Krankenkasse in Punkten werden, multipliziert mit dem regionalen Punktwert, gesondert je Krankenkasse ausgewiesen und kassenartenspezifischen Fonds zugeführt.

Über diese zum Jahresabschluss 2011 bzw. 2012 verfügbaren Mittel nach Satz 1 treffen die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine einvernehmliche Regelung nach den Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschuss und den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner, die bei Nichteinigung auf Antrag durch das Landesschiedsamt festgesetzt wird.

Für die Feststellung der ggf. verfügbaren Mittel übergibt die KV Sachsen kassenspezifisch den jeweils zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen und dem Verband der Ersatzkassen eine Spitzabrechnung bis zum 31.08. des Folgejahres.

§ 8
Sonstige Festlegungen

Zur Umsetzung von zukünftigen Bundes- bzw. Durchführungsempfehlungen oder einschlägigen Beschlüssen nehmen die Vertragspartner unverzüglich die Verhandlungen auf.

Anlage 1 zu Teil 3

Außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen

In den Jahren 2011 und 2012 werden außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet:

1. Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
2. regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36 EBM, die EBM-Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe (EBM-Gebührenordnungsposition 08410 bis 08416) sowie die weiteren enthaltenen Leistungen in der regionalen Belegarztvereinbarung Sachsen. Die in der Belegarztvereinbarung geregelten Leistungen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sofern die Belegarztvereinbarung Regelungen enthält, die von den Regelungen des vorliegenden Vertrags abweichen, sind sich die KV Sachsen und die LVSK einig, dass die Regelungen der Belegarztvereinbarung Vorrang haben.
4. Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die EBM-Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM, darunter die Leistungen des Mammographiescreenings außerhalb der genannten Abschnitte (Kap. 40.16 EBM) sowie die GOP 32880 bis 32882 (sofern die Veröffentlichung der EBM-Änderung und des Beschlusses erfolgte) sowie die GOP 01704, 01705, 01706 EBM (Neugeborenen-Hörscreening),
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a (GOP 01723 EBM),
7. Hautkrebsscreening (GOP 01745 und 01746 EBM),
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM),
9. Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM und GOP 40840 und 40841 EBM),
10. Phototherapeutische Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735, 40680 EBM),
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung (Abschnitt 8.5 EBM sowie GOP 08230, 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32614X, 32618X, 32575X,

32576X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X des EBM),

Die Leistungen der künstlichen Befruchtung werden von der KV Sachsen im Formblatt 3 mit einem X gekennzeichnet und mit einem Anteil in Höhe von 50 % der EBM-Bewertung ausgewiesen. Von der Kennzeichnung und dem Abschlag ausgenommen sind die Leistungen nach den GOP 08520 und 08521 sowie 08230 EBM.

12. Substitutionsbehandlung (GOP 01950 bis 01952 EBM) sowie die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger (GOP 01955, 01956 EBM),
13. PET-Untersuchung mit 18-Fluorid (GOP 88738), sofern die Voraussetzungen zur Leistungserbringung gemäß den Durchführungsempfehlungen des Bewertungsausschusses vorliegen. Sollte eine weitere Durchführungsempfehlung gem. Satz 1 vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2011 / 2012 veröffentlicht werden, gilt der zusätzliche Wirkungszeitraum als mitvereinbart.
14. ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872 EBM),
15. Erstattung des besonderen Aufwandes bei der Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 40860 und 40862 EBM),
16. Honorierung der Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Kap. 30.10 EBM (GOP's 30920, 30922 und 30924),
17. Honorierung der Leistungen der GOP 13622 (Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung) sowie dazugehörige Sachkosten, entsprechend der bereits bestehenden Sachkostenvereinbarung,
18. Honorierung der Leistungen der GOP 40865 bis 40868 (Anträge und Beurteilungen zur besonderen Arzneimitteltherapie zur Behandlung der pulmonal-arteriellen Hypertonie),
19. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renatalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,
20. Kostenpauschale nach § 6 Abs. 2 i.V.m. Anlage 2 der bundesweiten Sozialpsychiatrievereinbarung.
21. Balneophototherapie (GOP 10350 EBM)
22. Bestimmung von Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01833 EBM)

Anlage 2a zu Teil 3

Wegepauschalen

	Pseudo-GOP	Zone	Erläuterung	Pauschale
Tag	93220	1	bis 2 km T	3,90 €
	93222	2	2 - 5 km T	7,00 €
	93224	3	5 - 10 km T	10,00 €
	93226	4	10 - 15 km T	12,00 €
	93228	5	15 - 20 km T	14,00 €
	93230	6	20 - 25 km T	16,00 €
	93232	7	25 - 30 km T	18,00 €
	93234	8	30 - 35 km T	20,00 €
	93236	9	ab 35 km T	22,00 €
Nacht	93221	1	bis 2 km N	8,90 €
	93223	2	2 - 5 km N	12,00 €
	93225	3	5 - 10 km N	15,00 €
	93227	4	10 - 15 km N	17,00 €
	93229	5	15 - 20 km N	19,00 €
	93231	6	20 - 25 km N	21,00 €
	93233	7	25 - 30 km N	23,00 €
	93235	8	30 - 35 km N	25,00 €
	93237	9	ab 35 km N	27,00 €
	93250		Zuschlag org. BD	6,00 €
	93251		Zuschlag Fahrdienst im org. BD (neben GOP 93250 abrechenbar)	5,00 €

Abk.: T Fahrten zwischen 07:00 und 19:00 Uhr
N Fahrten zwischen 19:00 und 07:00 Uhr
Org. BD Organisierte Bereitschaftsdienst

Die Pseudo-GOP's 93220 bis 93237 sind bei Nutzung eines von der KV Sachsen organisierten zentralen Fahrdienstes mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Anlage 2c zu kennzeichnen. Die GOP 93250 und 93251 werden von der KV Sachsen automatisch zugesetzt.

Bei Nutzung eines von Ärzten organisierten und von der KV Sachsen genehmigten Fahrdienstes ist nur die Pseudo-GOP 93251 mit der für den Fahrdienst gültigen Buchstabenkennung gemäß Anlage 2c zu kennzeichnen. Die Pseudo-GOP's 93220 bis 93237

sind ohne Buchstabenkennung abrechenbar. Die GOP 93250 wird von der KV Sachsen automatisch zugesetzt.

Die Berechnungsfähigkeit von Wegepauschalen richtet sich nach dem Kommentar zu Bereich II – Präambel zu Abschnitt 1.4 EBM (Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen).

Anlage 2b zu Teil 3

Durchführungsvorschriften zur Gewährung des Fahrdienstzuschlags

„Fahrdienst im Bereitschaftsdienst“ (GOP 93251) der von der KV Sachsen organisierten oder von der KV Sachsen anerkannten Fahrdienste im Bereitschaftsdienst

1. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von KV Sachsen-organisierten Fahrdiensten vergütet. Der Zuschlag wird durch das Abrechnungssystem der KV Sachsen zugesetzt.
2. Der Zuschlag wird je Wegepauschale bei Benutzung von arztorganisierten und von der KV Sachsen anerkannten Fahrdiensten längstens bis zum 31. Dezember 2012 vergütet. Die Aufnahme von weiteren Fahrdiensten wird zwischen den Vertragspartnern nach Vorlage der Unterlagen gemäß Punkt 3 a-c einvernehmlich abgestimmt.
3. Die Vergütung durch die KV Sachsen bedarf folgender Voraussetzungen:
 - a) Die Anerkennung von arztorganisierten Fahrdiensten setzt voraus, dass für eine Gruppe von Ärzten in ein oder mehreren Bereitschaftsdienstbereichen ein Dritter aufgrund schriftlicher vertraglicher Regelungen mit wechselseitigen Rechten und Pflichten die Besuche von Vertragsärzten im Bereitschaftsdienst anstelle der eigenverantwortlicher Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel fahrzeug- bzw. fahrerseitig absichert. Der Aufwand für diese Absicherung geht über den Aufwand bei eigenverantwortlicher Benutzung privater oder öffentlicher Beförderungsmittel hinaus.
 - b) Der unter Punkt a) genannte Vertrag ist vorzulegen. Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der zuschlagsberechtigten Fahrt in Kraft sein, andernfalls sind Rückforderungen zu erheben.
 - c) Erklärung von mindestens 15 Ärzten, Fahrdienste des unter Punkt a) genannten Vertrages in Anspruch nehmen zu wollen. Sofern die Gesamtanzahl der Ärzte eines Bereitschaftsdienstbereiches geringer ist, müssen mindestens 75% aller am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte des Bereitschaftsdienstbereiches ihr Einverständnis zur Inanspruchnahme am Fahrdienst erklären. Pro Bereitschaftsdienstbereich wird gleichzeitig maximal ein Fahrdienst anerkannt, sofern dieser den gesamten Bereitschaftsdienstbereich umfasst.
 - d) Erteilung einer besonderen Genehmigung für Ärzte, die Fahrdienste aus dem Vertrag in Anspruch nehmen wollen, auf Antrag.
 - e) Angabe der von der KV Sachsen festgelegten Zusatzkennzeichnung bei Abrechnung der GOP 93251 durch den Fahrdienst inanspruchnehmenden Arzt.
 - f) Änderungen oder Beendigung des unter Punkt a) genannten Vertrages bzw. die Beendigung der Teilnahme an dem unter Punkt a) genannten Vertrag sind der KV Sachsen unverzüglich anzuzeigen. Unberechtigt geleistete Vergütungen können zurückgefordert werden.

- g) Die Zahlung der Fahrdienstzuschläge ist ausgeschlossen, wenn ein von Ärzten organisierter Fahrdienst in einem Bereitschaftsdienstbereich etabliert wird, für den seitens der KV Sachsen bereits ein Fahrdienst organisiert ist, der den gesamten Bereitschaftsdienstbereich umfasst.
- h) Zu Beginn eines Kalenderjahres ist die Erfüllung der Kriterien durch die KV Sachsen zu überprüfen. Liegen die Kriterien nicht mehr vor, werden ab dem 3. Quartal des Jahres die Fahrdienstzuschläge nicht mehr gezahlt. Die Übergangsfrist für Fahrdienste gem. Satz 2 kann im Jahr 2011 in Abhängigkeit von den vertraglich vereinbarten Kündigungsfristen der Fahrdienstverträge bis längstens 31.12.2011 verlängert werden. Die KV Sachsen informiert die Vertragspartner bis zum 31.03. des Jahres.

**Anlage 2c zu Teil 3
Kennzeichnung der Fahrdienste**

Von KV Sachsen organisierte zentrale Fahrdienste

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Stadt Leipzig	A	allgemeinärztl. Dienst	716	716	01.01.2009	lfd.
Dresden-Freital-Radebeul	B	Dresden-Freital-Radebeul	701	701	01.01.2009	lfd.
Plma	C	Plma, links der Elbe	47	47	01.01.2009	lfd.
Dippoldiswalde	D	Dippoldiswalde	48	48	01.01.2009	lfd.
Stadt Chemnitz	E	Chemnitz/Stadt	353	353	01.01.2010	lfd.

Von Ärzten organisierte und von KV Sachsen genehmigte Fahrdienste

Fahrdienst	Kennzeichnung	Bereitschaftsbereich	Anzahl teilnehmende Ärzte am Fahrdienst	Anzahl Ärzte im Bereitschaftsbereich	Genehmigung ab	Genehmigung bis
Zittau	Z	Zittau	42	63	01.01.2009	lfd.
Neugersdorf/Ebersbach/Selffehnersdorf	Y	Neugersdorf/Ebersbach/Se...	25	37	01.01.2009	lfd.
Stadt Chemnitz	X				01.01.2009	31.12.2009
Borna*	X				01.01.2011	
Hörseln	W	Sachsen	6	47	01.01.2009	lfd.
Wurzen	V	allgemeinärzt. Dienst	40	56	01.01.2009	lfd.
Stadt Zwickau	U	Zwickau/Stadt	10	170	01.01.2009	lfd.
DRK-Sozialdienst Zwickau	T	Zwickau/Stadt	8	170	01.01.2009	lfd.
Quellental Zwickau	S	Zwickau/Stadt	6	170	01.01.2009	lfd.
Ahland Glauchau	R	Glauchau	11	67	01.01.2009	lfd.
Trans + Medic GmbH	Q	Pfaffenstein-Ernstthal	15/1	66	01.01.2009	lfd.
Eolar-Taxi Zwickau	P	Zwickau/Stadt	9	170	01.01.2009	lfd.
ASB Zwickau	O	Zwickau/Stadt	12	170	01.04.2009	lfd.
KV-oberärztlicher Fahrdienst Rettungsmobilanz Greiz GmbH	N	KV-oberärztliches Dienstgruppe Greiz/Zeitzroda, KV Thüringen	1/21	ca. 70	01.04.2009	lfd.
Emergency Zwickau	M	Zwickau/Stadt	13	170	01.10.2009	lfd.
Bautzen-Ost	L	Bautzen-Ost	14	53	01.10.2010	
Bautzen-West*	K	Bautzen-West	7	55	01.10.2010	

* vorbehaltlich der Genehmigung

Für weitere Fahrdienste wird eine Genehmigung nur unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Krankenkassen erteilt. Für den Fall, dass ein Fahrdienst neu dazu kommt bzw. wegfällt, wird die Anlage 2c aktualisiert den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt, ansonsten erfolgt die Aktualisierung tumusgemäß zum 31.03. eines Jahres.

1) plus noch 3 Ärzte aus der Dienstgruppe Limbach-Oberthaus

2) lt. Aussage KV T müssen alle Ärzte an diesem Fahrdienst teilnehmen, von unseren Ärzten habe nur 1 Arzt die Berechtigung für Abrechnung GOP 62525IN beantragt. Einzelentscheidung durch VS der KVS

Anlage 3 zu Teil 3

Schema Bereinigung PET

Fallwertermittlung

Für die Quartale 2009/3 bis 2010/2 wird über alle Behandlungsfälle mit der GOP 17310 oder 17311 und der GOP 40502 der Leistungsbedarf über die GOP 17310, 17311, 17312, 17360, 17361, 17362, 17363 und 40502 festgestellt und mit einem Orientierungspunktwert 3,5001 Cent (für 2009) bzw. 3,5048 Cent (für 2010) bewertet und mit den RLV-Quoten der Vergleichsgruppen der Radiologen/Nuklearmediziner sowie Ermächtigte Ärzte quotiert. Der sich ergebende Wert wird durch die Anzahl der Behandlungsfälle mit der GOP 17310 oder 17311 und der GOP 40502 dividiert. Das Ergebnis wird auf den vollen EURO-Betrag aufgerundet.

Der Fallwert hat eine Höhe von 140 EUR je PET und gilt für die Dauer der Durchführungsempfehlung. Der Bereinigungsbetrag wird direkt vom Wert der GOP abgesetzt.

Anlage 4 zu Teil 3

Regelung zur Ausgabenbegrenzung eGV

- (1) Die nachfolgenden Regelungen beziehen sich auf folgende Leistungsbereiche:
- Leistungen des Kapitels 31 (mit Ausnahme der Ziffern 31362, 31734, 31735, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X und 31822X),
 - Leistungen des Kapitels 36 (mit Ausnahme der Ziffern 36272X, 36503X, 36822X) und übrige belegärztliche Leistungen des Belegarztvertrages

Für die übrigen Leistungen stellen die Vertragspartner fest, dass diese für eine entsprechende Mengengrenzung nicht geeignet sind.

- (2) Es werden nur Leistungen nach Abs. 1 bereichseigener Ärzte einbezogen, unabhängig vom Wohnort des Versicherten.
- (3) Die Vergütung von Leistungen bereichsfremder Ärzte für Versicherte mit Wohnort in Sachsen richten sich nach § 4 Teil 3.
- (4) Die KV Sachsen ermittelt für das Jahr 2011, beginnend ab dem I. Quartal 2011, je Leistungsbereich gem. Abs. 1 ein rechnerisches Soll-Ausgabenvolumen je Krankenkasse nach folgenden Maßgaben:
- a) Es werden die angeforderten Honorare getrennt nach Leistungsbereichen gem. Abs. 1 für bereichseigene Ärzte und Versicherte mit Wohnort in Sachsen im jeweiligen Vorjahresquartal bestimmt.
 - b) Aus den der KV Sachsen vorliegenden Daten gem. Satzart ANZVER87c4 wird die Anzahl der Versicherten mit Wohnort in Sachsen je Krankenkasse für das Vorjahresquartal und das aktuelle Quartal ermittelt. Dabei wird folgende Quote ermittelt:

$$\text{Quote}_{\text{Versichertenentwicklung}} = \text{Versichertenzahl}_{\text{aktuelles Quartal}} / \text{Versichertenzahl}_{\text{Vorjahresquartal}}$$

- c) Die angeforderten Honorare nach a) werden mit der $\text{Quote}_{\text{Versichertenentwicklung}}$ nach b) multipliziert und ergeben die vorläufigen Ausgabenvolumina im aktuellen Quartal je Krankenkasse.
- d) Die vorläufigen Ausgabenvolumina nach c) werden für 2011 um 2,5 % erhöht und ergeben die maximalen rechnerischen Ausgabenvolumen je Krankenkasse für die in Abs. 1 benannten EGV-Leistungen 2011. Die Summe der maximalen rechnerischen Ausgabenvolumen wird auf das tatsächlich angeforderte Honorar der einzelnen Krankenkasse begrenzt. Diese werden in Jahresbudgets zusammengefasst.
- e) Die Summe der maximalen rechnerischen Ausgabenvolumina nach d) aller Krankenkassen ergibt die Ausgabenobergrenze der GKV je Leistungsbereich.

- f) Im 1. und 2. Quartal 2011 werden die angeforderten Leistungen mit den Preisen der SGO honoriert und den Krankenkassen in Rechnung gestellt.
- g) Nach der Abrechnung des 2. Quartals 2011 im Oktober 2011 wird durch die KV Sachsen die Auslastung dieser GKV-Ausgabenobergrenze je Leistungsbereich überprüft. Ergibt die Überprüfung die Gefahr der Überschreitung einer vereinbarten GKV-Ausgabenobergrenze, werden die entsprechenden Leistungen in den Quartalen III/2011 und / oder IV/2011 quotiert zur Auszahlung gebracht.
- h) Sofern die Leistungen quotiert vergütet werden müssen, wird eine einheitliche arztseitige GKV-Quote je Leistungsbereich gem. Absatz 1 ermittelt und angewendet.
- i) Die Quote ergibt sich durch Division des im jeweiligen Quartal anteilig zur Verfügung stehenden Volumens durch das angeforderte Honorar (max. 100 %).
- j) Die Quote nach h) multipliziert mit dem regionalen Punktwert ergibt den Auszahlungspunktwert. Dieser gilt für Leistungen bereichseigener Ärzte.
- k) Das angeforderte Honorar für Leistungen gem. Absatz 1 wird den Krankenkassen gem. SGO in Rechnung gestellt. Mit Abschluss der Abrechnung für das gesamte Jahr 2011 wird die Gesamtauslastung der Ausgabenvolumen kassenindividuell geprüft und ggf. aufgetretene Überschreitungen der Ausgabenobergrenze je Leistungsbereich gem. d) über einen Vorgang im Formblatt 3 im 4. Quartal 2011 gutgeschrieben.

(5) Für das Jahr 2012 gilt:

Für 2012 gelten die grundsätzlichen Vorgaben des Absatzes 4, wobei Basis für die Berechnung abweichend von Absatz 4a nicht die angeforderten Honorare des Vorjahresquartals sind, sondern die für die Quartale 2011 berechneten endgültigen Ausgabenvolumina gemäß Absatz 4d. Hinsichtlich des Absatzes 4 d gilt folgende Regelung:

Die Steigerung 2012 im jeweiligen Leistungsbereich laut GKV-FinG erfolgt dann, wenn die Honorierung für 2011 im jeweiligen Leistungsbereich quotiert werden musste.

Teil 5

Vereinbarung zur **HONORARVERTEILUNG** im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Präambel

Zur Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 Teil F geändert durch die Beschlussfassungen der 228., 233., 239. und 242. Sitzung (nachfolgend: Beschlussteil F) i. V. m. Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung vom 5./11. Oktober 2010 (nachfolgend: Beschlussteil G) vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen als Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis für die Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) auf der Grundlage des § 85 Absätze 4 und 4a SGB V sowie § 87b SGB V ab dem 1. Januar 2011 mit Wirkung für 2011 und 2012 folgende Honorarverteilungsregelungen. Wegen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-FinG werden die RLV/QZV im 1. Quartal 2011 unter Vorbehalt zugewiesen.

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die nach Vereinbarungsteil 3 zu leistenden Gesamtvergütungszahlungen.
- (2) Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.
- (3) Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen und/oder regionalen Verträgen mit der KV Sachsen (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Strukturverträge gemäß § 73 a 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, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich dem Vertragsarzt vorbehalten.

Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der sächsischen Gebührenordnung sowie dieser Vereinbarung; die Umsetzungsbestimmungen hierzu erlässt der Vorstand der KV Sachsen. Sollten bei der Erstellung der Abrechnungen Regelungslücken auftreten, sind diese durch den Vorstand der KV Sachsen mit Auslegungsbestimmungen zu schließen. Hierbei ist diejenige Auslegung heranzuziehen, die dem mutmaßlichen Willen der Vertragspartner und dem beabsichtigten Zweck am Nächsten kommt.

- (5) Die KV Sachsen wird die LVSK über das Auftreten einer Regelungslücke unverzüglich informieren und die von ihr angewandte Auslegungsbestimmung mitteilen. Die Regelungslücke soll dann für zukünftige Abrechnungszeiträume durch eine einvernehmliche Regelung geschlossen werden.
- (6) Die KV Sachsen verteilt die Gesamtvergütung in eigener Verantwortung gem. § 85 Abs. 4 SGB V. Eine nachträgliche Erhöhung der Gesamtvergütung, die sich durch die Durchführung und Umsetzung der Honorarverteilung ergibt, ist ausgeschlossen.

Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der KV Sachsen, sofern seitens der anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

- (7) Die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und sonstiger Honorarbestandteile bei Beitritt von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V erfolgt gemäß den maßgeblichen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses. Die Bereinigungen der RLV und QZV und sonstiger Honorarbestandteile werden gesondert vereinbart.

§ 2

Zusammensetzung der Gesamtvergütungen

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

§ 3

Allgemeine Abzüge und Zuführungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Aus den zu erwartenden und nachfolgend eingehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung zusammengeführt werden, werden für den Ausgleich bestimmter Ansprüche Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 1 zu dieser Vereinbarung vorgenommen.

Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.

(2) Die Bildung der Vorwegabzüge für

- die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 6 SGB V
- die Vergütung der Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeit des organisierten Bereitschaftsdienstes

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

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

(3) Die Bildung des Vorwegabzuges für

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

erfolgt gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.1 i. V. m. Anlage 4 Anhang 1.

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

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

- (4) Es wird ein Vorwegabzug für den Anteil der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach GKV-OrgWG gemäß Beschlussteil F Anlage 4 Anhang 1 Schritt 20 gebildet. Der auf die Förderung psychotherapeutischer Leistungen entfallende Anteil ist gemäß Beschlussteil F Anlage 4 Anhang 1 Schritt 17 im Vorwegabzug nach § 3 Abs. 2 dieser Vereinbarung enthalten und wird gesondert in Anlage 4 Tabelle 1 dieser Vereinbarung ausgewiesen.
- (5) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2011 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2011 vergüteter Quartale für Leistungen, die vor der Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Versorgungsbereiche vergütet wurden, betrifft.
- (6) Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen verwendet.

§ 4

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

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

§ 5

Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 2A dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.
- (2) Rückstellungen gemäß Beschlussteil G i.V.m. Anlage 4 Tabelle 2A dieser Vereinbarung werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt.
- (3) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den

Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich entnommen.

- (4) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag wird gemäß Beschlusstil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges ergibt sich wie folgt:

Vorwegabzug 2011:

Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008 $\times 0,9122 \times 1,0510 \times 1,016616 \times 1,003357 \times 1,04734 \times 3,5048$ Cent

(Leistungsbedarf 2008 multipliziert mit der gültigen HVV-Quote und den gültigen morbiditätsbedingten Veränderungsdaten 2009-2011 und der Erhöhung gem. GKV- OrgWGund dem gültigen Regionalpunktwert)

Vorwegabzug 2012:

Vorwegabzug 2011 des jeweiligen Quartals $\times 1,0125$

(Vorwegabzug 2011 des jeweiligen Quartals multipliziert mit der morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2012)

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

- (5) Der Vorwegabzug für Aufschläge von Berufsausübungsgemeinschaften gilt bis zum 31.03.2011 (sofern diese Regelung durch den Bewertungsausschuss unverändert verlängert wird, gelten die folgenden Zeiträume als mit vereinbart) und wird wie folgt kalkuliert:

Für die Ermittlung des Vorwegabzuges des aktuellen Quartals wird aus dem Vorquartal der zugewiesene Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften je Versorgungsbereich ermittelt, welcher über einen Faktor angepasst wird. Der Faktor ermittelt sich aus der Entwicklung der RLV-relevanten Fallzahlen der Aufsatzquartale des aktuellen Quartals zu der des Vorquartals. Der Vorwegabzug ergibt sich aus dem angepassten Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und dem aus dem Vorquartal zugewiesenen Zuschlag gemäß der Konvergenzregelung des § 17 unter Berücksichtigung des aktuellen Konvergenzfaktors. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich für Fehlschätzungen entnommen.

- (6) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % gemäß Beschlusstil F Punkt 3.1.2 gebildet.
- (7) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2011 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2011 vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.
- (8) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Hausärzten für Leistungen innerhalb der MGV werden dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.

- (9) Die Regelungen zum Vorwegabzug für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen werden in einem Nachtrag zu dieser Vereinbarung von den Vertragspartnern vereinbart.
- (10) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 6

Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches

- (1) Aus dem nach § 4 ermittelten Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Abzüge und Zuführungen gemäß Anlage 4 Tabelle 2B zu dieser Vereinbarung vorgenommen. Unverbrauchte Mittel aus den Abzügen werden im nächst erreichbaren Quartal der allgemeinen Honorarverteilung zugeführt.
- (2) Rückstellungen gemäß Beschlussteil G werden aufgrund einer Schätzung festgesetzt
- (3) Der Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag wird gemäß Beschlussteil F Abschnitt I. Punkt 2.5.3 gebildet. Die Höhe des Vorwegabzuges ergibt sich wie folgt:

Vorwegabzug 2011:

Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008 x 0,9122 x 1,0510 x 1,016616 x
1,003357 x 1,04734 x 3,5048 Cent

(Leistungsbedarf 2008 multipliziert mit der gültigen HVV-Quote und den gültigen morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2009-2011 und der Erhöhung gem. GKV-
OrgWG und dem gültigen Regionalpunktwert)

Vorwegabzug 2012:

Vorwegabzug 2011 des jeweiligen Quartals x 1,0125

(Vorwegabzug 2011 des jeweiligen Quartals multipliziert mit der morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2012)

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

- (4) Der Vorwegabzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die innerhalb der MGV finanziert werden, wird gemäß Beschlussteil F Punkt 2.5.4 gebildet. Sofern dieser Vorwegabzug nicht für die Honorierung aller Sachkosten nach der Sächsischen Gebührenordnung ausreicht, werden die fehlenden Mittel aus der Rückstellung für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.
- (5) Der Vorwegabzug für Aufschläge von Berufsausübungsgemeinschaften gilt bis zum 31.03.2011 (sofern diese Regelung durch den Bewertungsausschuss unverändert

verlängert wird, gelten die folgenden Zeiträume als mit vereinbart) und wird wie folgt kalkuliert:

Für die Ermittlung des Vorwegabzuges des aktuellen Quartals wird aus dem Vorquartal der zugewiesene Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften je Versorgungsbereich ermittelt, welcher über einen Faktor angepasst wird. Der Faktor ermittelt sich aus der Entwicklung der RLV-relevanten Fallzahlen der Aufsatz quartale des aktuellen Quartals zu der des Vorquartals. Der Vorwegabzug ergibt sich aus dem angepassten Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und dem aus dem Vorquartal zugewiesenen Zuschlag gemäß der Konvergenzregelung des § 17 unter Berücksichtigung des aktuellen Konvergenzfaktors. Fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen für den Ausgleich für Fehlschätzungen entnommen.

- (6) Für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von 2 % gemäß Beschlussteil F Punkt 3.1.2 gebildet.
- (7) Es wird ein weiterer Vorwegabzug gebildet, der den Ausgleich von Forderungen, die den Zeitraum vor dem Quartal I/2011 sowie Forderungen für ab dem Quartal I/2011 vergüteter Quartale für Leistungen, die aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet wurden, betrifft.
- (8) Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V von Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches für Leistungen innerhalb der MGV werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.
- (9) Die Regelungen zum Vorwegabzug für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen werden in einem Nachtrag zu dieser Vereinbarung von den Vertragspartnern vereinbart.
- (10) Es ergibt sich das RLV-Verteilungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereiches.

§ 7

Aufteilung der RLV-Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen

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

- (3) Besonders förderungswürdige Leistungen nach Abs. 2 sind:
- a. Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie GOP 26330 EBM (ESWL)
 - b. Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM
 - c. Leistungen der ausführlichen humangenetischen Beurteilungen GOP 01837 und GOP 11232 EBM
 - d. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen Kapitel 35.2 EBM für Ärzte der Anlage 2a, die nicht in § 87 b Absatz 2 Satz 6 SGB V genannt sind

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 %. Wird diese Interventionsquote unterschritten, werden die Fehlbeträge aus dem Vorwegabzug „Fehlschätzungen“ gem. § 6 Abs. 2 ausgeglichen. Restmittel werden dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Vergleichsgruppe im nächst erreichbaren Quartal zugeführt.

- (4) Der Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV ist aufgrund des Beitritts von Versicherten zu Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V gemäß den maßgeblichen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zu bereinigen. Die Bereinigungen der RLV und QZV werden gesondert vereinbart.

§ 8

Gemeinsame Vorschriften zur Leistungssteuerung

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

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

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

- sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.
- (4) Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1-3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
 - (5) Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe nach Abs. 1-3 zugeordnet und unterliegen deren Regelungen.
 - (6) Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.
 - (7) Wird eine neue Tätigkeit in einem weiteren Praxissitz aufgenommen, welche mit einer Erhöhung des Tätigkeitsumfanges verbunden ist, können das RLV und ggf. die QZV dieser Vertragsärzte im Umfang der Erhöhung der Tätigkeit angepasst werden. Näheres regeln die Durchführungsbestimmungen.
 - (8) Die RLV/QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
 - (9) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen sächsischen Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal ein RLV und ggf. QZV in EURO vorgegeben. Bis zu dessen Ausschöpfung werden die abgerechneten Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen, mit den in der sächsischen Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen vergütet.

Sofern das in einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV aufgefüllt werden und umgekehrt.
 - (10) Überschreitende Leistungen aus vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsvolumen , zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und den überschreitenden Leistungsmengen gemäß Abs. 3 werden versorgungsbereichsspezifisch mit abgestaffelten Preisen vergütet. Diese ergeben sich als Quotient aus den versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen in Höhe von 2% dividiert durch die versorgungsbereichsspezifischen RLV-, QZV-, 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) Von der Bildung der RLV und QZV werden die Leistungen gemäß Teil 3 § 4 i. V. m. Anlage 1 zur Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. und der §§ 3 bis 6, § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 3 zu dieser Vereinbarung ausgenommen.

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

Bei Vorliegen der u. g. Umstände können auf Antrag des Arztes Leistungen über das arzt-/praxisbezogene RLV und QZV hinaus ganz oder teilweise mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet werden:

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

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

Die Grundsätze zur Anpassung der RLV und QZV finden sich in Anlage 3.

(13) Praxisbesonderheiten

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

(14) Änderung der RLV/QZV von Amts wegen

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

(15) Anpassung der RLV/QZV aus sonstigen Gründen

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

§ 9

Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Bestimmung der RLV

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

(2) RLV-relevante Fälle

Bei der Bestimmung der RLV bestimmt sich die Fallzahl nach RLV-relevanten Fallzahlen. Für RLV relevante Fälle (nachfolgend: RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen - sofern entsprechende Vorwegabzüge gebildet wurden - und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Teil 3 § 4 i. V. m. Anlage 1 zur Vereinbarung zur Festlegung der sächsischen Gebührenordnung u. a. und der §§ 3 bis 6 zu dieser Vereinbarung nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

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

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

(3) Fallzahlbegrenzungsregelung

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

Für die Umsetzung gelten folgende Zuwachsregelungen:

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

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

(4) RLV-Fallwert

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

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

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe

- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe.

(5) Bildungsvorschriften zum RLV

Die RLV werden je Arzt ermittelt.

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

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

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Für die Höhe des zutreffenden RLV für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten gelten bis 31.03.2011 (sofern diese Regelung durch den Bewertungsausschuss unverändert verlängert wird, gelten die folgenden Zeiträume als mit vereinbart) folgende Regelungen:

- a) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe werden um 10 % erhöht und
- b) die Regelleistungsvolumen für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte werden um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal 6 Arztgruppen bzw. Schwerpunkte sowie für jede weitere Arztgruppe bzw. jeden weiteren Schwerpunkt um weitere 2,5 %, maximal jedoch insgesamt um 40 % erhöht. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

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

(6) Praxen mit Jungärzten

Jungärzte sind Ärzte, welche im Vorjahresquartal zur Bestimmung der individuellen Fallzahl bei der Berechnung der RLV keine vollen 8 Quartale niedergelassen waren.

Diesen Jungärzten wird ein RLV pro Quartal zugewiesen, das sich aus dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe und erreichter RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals bildet. Sollte eine höhere RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal erreicht

werden, ergibt diese multipliziert mit dem durchschnittlichen RLV-Fallwert der Vergleichsgruppe das aktuelle RLV des Jungarztes.

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

- a) Ermittlung der RLV-Fallzahl der Praxis im aktuellen Quartal und Vergleich dieser mit der RLV-Fallzahl der Praxis im entsprechenden Vorjahresquartal. Sofern die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal geringer ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal, wird das RLV mit der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals berechnet und nach Arztfallzahlen aufgeteilt.
- b) Sofern die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal höher ist als im entsprechenden Vorjahresquartal wird die Entwicklung der Arztfallzahl der Jungärzte in der betroffenen Praxis geprüft. Ist die Arztfallzahl im aktuellen Quartal geringer als im entsprechenden Vorjahresquartal wird das RLV mit der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals berechnet und nach Arztfallzahlen aufgeteilt.
- c) Sofern auch die Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis im aktuellen Quartal höher ist als die im entsprechenden Vorjahresquartal wird der Zuwachs der Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis dem Zuwachs der RLV-Fallzahl gegenübergestellt. Ist der Zuwachs der Arztfallzahl der Jungärzte in der Praxis höher als der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis werden die zusätzlichen RLV-Fallzahlen komplett den Jungärzten in der Praxis auf ihr RLV angerechnet. Sofern mehrere Jungärzte in der Praxis tätig sind, erfolgt die Aufteilung anhand des Anteils der Arztfälle im aktuellen Quartal. Ist der Zuwachs der RLV-Fallzahl der Praxis höher als der Zuwachs der Arztfälle der Jungärzte, erhalten die Jungärzte alle von ihnen zusätzlich erbrachten Arztfälle auf ihr RLV angerechnet. Bei mehreren Jungärzten in der Praxis erfolgt die Zuweisung des zusätzlichen RLV anhand des individuellen Zuwachses der jeweiligen Jungärzte.

Nach Ablauf von 8 Quartalen wird das RLV nach den allgemeinen Regelungen berechnet. Sollte eine erhebliche Erhöhung der RLV-Fallzahl zwischen Vorjahresquartal und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale vorliegen, ist auf Antrag des Arztes eine Steigerung auf die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Praxis des Arztes der letzten 4 Quartale möglich.

§ 10

Leistungssteuerung auf der Grundlage von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

(1) Bestimmung der QZV

Gemäß Anlage 8 zu dieser Vereinbarung werden für die in Anlagen 2a zu dieser Vereinbarung genannten Vergleichsgruppen QZV's gebildet. Das dafür verfügbare QZV-Vergütungsvolumen ergibt sich gemäß § 7 Abs. 2 i.V.m. Anlage 6 Punkt 2 Beschlussteil F.

Auf Grund der Systematik, dass qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) allen Vergleichsgruppen gewährt werden, sofern entsprechende Leistungsfallzahlen erbracht werden und die Regelungen des EBM einer Gewährung der QZV nicht entgegen stehen,

können Anpassungen von QZV-Fallwerten erforderlich werden. Diese 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 Mittel werden dem entsprechenden QZV im Folgequartal wieder zugeführt. Im IV. Quartal werden verbleibende Mittel in der betreffenden Vergleichsgruppe belassen.
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.

Die Vertragspartner erhalten bis zum 15. Werktag des beschiedenen Quartals eine Übersicht über die erfolgten Anpassungen der QZV-Fallwerte sowie die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen. Einmalig wird von der KVS eine Vergleichsbetrachtung der QZV mit geänderter Fallzählung jeweils nach RLV-Fällen und nach Arztzahlen für jedes QZV für die Daten des 1. Quartals 2011 simuliert. Diese Simulationen werden den LVSK bis zum 31.03.2011 übergeben. Aus den Simulationen sollen die Anzahl der Fälle bzw. der Arztzahlen, die Höhe der Fallwerte sowie die verfügbaren finanziellen Mittel je QZV ersichtlich sein.

(2) QZV-relevante Fälle

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

(3) QZV-Fallwert

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

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

(4) Bildungsvorschriften zum QZV

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

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

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes QZV für die vom

Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen.

(5) 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:

1. QZV Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren in den Vergleichsgruppen 001, 004 und 005 (Nr. 66 der Anlage 8)

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 Vergütungsbereich der jeweiligen Vergleichsgruppe entnommen.

2. QZV Kardiologie I und Kardiologie II in der Vergleichsgruppe 020 (Nr. 24 und 25 der Anlage 8)

Die sich rechnerisch ergebenden Vergütungsbereiche für diese beiden QZV werden in der Vergleichsgruppe 20 zusammengeführt. Anhand des EBM-Wertes für die in den QZV enthaltenen Leistungen und den Leistungsfallzahlen für die beiden QZV wird ein virtuelles Vergütungsbereich für beide QZV ermittelt. Die Relation der virtuellen QZV-Vergütungsbereiche zum virtuellen Gesamtvergütungsbereich wird auf den zusammengeführten Vergütungsbereich aus der Fallwertberechnung übertragen und ergeben die neuen QZV-Vergütungsbereiche.

3. QZV Neurologische Diagnostik I und QZV Betreuung psychisch Kranker in den Vergleichsgruppen 028, 030 und 035 (Nr. 42 und 5 der Anlage 8)

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

(6) Haftungsausschluss

Für Honorarstreitigkeiten auf Grund der Anpassung der QZV gem. Abs. 1 und Abs. 5 werden die gesetzlichen Krankenkassen von der KVS vollständig von der Haftung freigestellt. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Regelung seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

(7) Jungarztregelung bzw. Erwerb von neuen Berechtigungen

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

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

§ 11

Leistungssteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

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

§ 12

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für Ärzte und Psychotherapeuten

- (1) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2b zu dieser Vereinbarung werden die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 zu dieser Vereinbarung vergütet. Die Vergütung der nichtantrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte der Anlage 2b erfolgt bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze aus dem jeweiligen vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumen mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Für Ärzte nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM nach den Preisen der sächsischen Gebührenordnung aus dem Vorwegabzug gemäß § 3 Abs. 2 zu dieser Vereinbarung vergütet. Die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung erfolgt aus dem RLV bzw. QZV der jeweiligen Vergleichsgruppe mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung. Werden die RLV inkl. QZV überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.
- (3) Für Ärzte der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung, die in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht genannt sind, werden alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach § 7 Abs. 3d vergütet. Nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen 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 abgestaffelten Preisen gemäß § 8 Abs. 10 zu dieser Vereinbarung.
- (4) Für Ärzte und Psychotherapeuten der Anlage 2c zu dieser Vereinbarung werden alle psychotherapeutischen Leistungen aus dem Honorarfonds der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung § 8 Abs. 3 mit den Preisen der sächsischen Gebührenordnung vergütet.

§ 12a

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

Abweichend von § 12 Abs. 1 werden für die Vergleichsgruppe der in Anlage 2b genannten Leistungserbringer im Rahmen einer Konvergenzregelung gem. II Nr. 1 Abs. 2 des Beschlusses Teil F zwei Mindestquoten für probatorische Sitzungen und für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen definiert, welche von den im aktuellen Quartal errechneten Quoten nicht unterschritten werden dürfen.

Die Mindestquote für probatorische Sitzungen wird ab dem Quartal I/2011 auf 80 % festgelegt.

Die Mindestquote für übrige nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wird für das Quartal I/2011 auf 63,5 % festgelegt und in den Folgequartalen bis einschließlich IV/2011 um jeweils 5,5 % erhöht.

Sofern sich höhere rechnerische Quoten ergeben als die definierten Mindestquoten ist zunächst sicherzustellen, dass in beiden Fonds die Mindestquoten gezahlt werden können. Werden darüber hinaus Mittel benötigt, um die Mindestquoten sicherzustellen, sind diese aus dem Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehlschätzungen zu entnehmen.

Ab I/2012 gelten die entsprechenden Vergütungsregelungen gem. Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses (SGO).

Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei.

Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 13

Sonderregelungen bei der Leistungssteuerung

(1) Angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsassistenten und Entlastungsassistenten

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

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

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

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

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

§ 14

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten im Jahr 2011

Sofern die Regelungen des § 8 Abs. 12 oder 13 keine Anwendung finden und sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 verringert, kann die KV Sachsen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Sachsen gemeinsam und einheitlich bis zum 31.12.2011 befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Die im Jahr 2011 geltende Honorarverteilungsregelung ist bei der Ermittlung der zum Vergleich heranzuziehenden Honorare der Quartale 2008 zu berücksichtigen.

Mögliche Ausgleichszahlungen für ein Quartal sind vorbehaltlich der tatsächlichen Leistungserbringung im entsprechenden Quartal des Jahres 2011 zu leisten.

Die KV Sachsen prüft und entscheidet über die betroffenen Fälle. Die LVSK werden über die Entscheidungen kurzfristig informiert. Das Verfahren wird von den Vertragspartnern in einer Durchführungsbestimmung geregelt.

§ 15

**Leistungssteuerung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV)
Konvergenzregelung**

- (1) Die gemäß § 9 Abs. 4 i. V. m. Anlage 7 zu dieser Vereinbarung gebildeten vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwerte unter Berücksichtigung der Fallzahlbegrenzungsregelungen gemäß § 9 Abs. 3 unterliegen zur Umsetzung der vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Konvergenzphase den nachfolgend festgesetzten Maßgaben.
- (2) Für das jeweilige Quartal - beginnend mit dem 3. Quartal 2010 - wird die Veränderung eines vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwertes im Vergleich zum entsprechenden vergleichsgruppenspezifischen RLV-Fallwert des jeweiligen Quartals 2008 (der vergleichsgruppenspezifische Fallwert des Vergleichs quartals 2008 wird nach den Bildungsvorschriften für das betreffende Quartal des Jahres 2010 berechnet) auf +/- 10% der Durchschnittsentwicklung aller vergleichsgruppenspezifischen

Fallwerte – getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich – begrenzt. Bei der Ermittlung der vergleichsgruppenspezifischen Fallwerte des Vergleichs quartals 2008 werden die Anpassungsfaktoren aus Anlage 5 Nr. 2 Beschlussteil F berücksichtigt.

- (3) Falls die aus der Anwendung der Regelungen des Absatzes 2 verwendeten Mittel nicht ausreichen bzw. Mittel noch verbleiben, werden diese als entsprechende Absenkung bzw. Erhöhung auf alle RLV-Fallwerte des Versorgungsbereiches verrechnet.
- (4) Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung der Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei.
- (5) Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 16

Schrittweise Aufhebung der Konvergenzregelung nach § 15

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

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

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

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

vorgenommen.

Ab dem Quartal I/2012 wird die Konvergenzregelung aufgehoben.

§ 17

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

- (1) Bei der Festsetzung der Mittel für die RLV-Vergleichsgruppen wird der Wegfall von Zuschlägen für Berufsausübungsgemeinschaften für bisherige RLV-Leistungen, die ab

dem Quartal III/2010 den QZV-Leistungen zugeordnet wurden, wie folgt berücksichtigt:

Schritt 1: Ermittlung des Honorars aus dem Zuschlag auf das RLV für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG-Zuschlag) im Quartal III/2009 je Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft, sofern der RLV-Fallwert im Quartal III/2010 geringer ist als der RLV -Fallwert im Quartal III/2009.

Schritt 2: Der BAG-Faktor des Arztes im Quartal II/2010 wird verglichen mit dem BAG-Faktor im aktuellen Quartal. Ist der BAG-Faktor des Arztes im aktuellen Quartal kleiner als im Quartal II/2010 wird das in Schritt 1 ermittelte Honorar mit folgender Quote multipliziert:

$$Quote\ 1 = \frac{BAG - Faktor_{aktuelles\ Quartal} - 1}{BAG - Faktor_{II/2010} - 1}$$

Schritt 3: Das Ergebnis aus Schritt 1 nach ggf. erforderlicher Quotierung gemäß Schritt 2 wird multipliziert mit folgender Formel:

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

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

Schritt 4: Der sich nach Schritt 3 ergebende Betrag wird einem Schwellwert gegenübergestellt, wird dieser unterschritten gilt diese Konvergenzregelung für den betroffenen Arzt nicht. Der Schwellwert beträgt 250 Euro pro Arzt in der BAG.

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

Schritt 6: Der in Schritt 5 ermittelte BAG-Zuschlag wird im Rahmen dieser Konvergenzregelung festgeschrieben und wird ab dem IV. Quartal 2010 wie folgt weiterentwickelt:

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

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

(b) Wichtung am zugewiesenen QZV-Volumen pro Praxis des Quartals III/2010: Unterschreitet das zugewiesene QZV-Volumen der auf das Quartal III/2010 folgenden Quartale das des Quartals III/2010, wird der festgeschriebene BAG-Zuschlag aus dieser Konvergenzregelung um die Relation zwischen

zugewiesenen QZV-Volumen im betroffenen Quartal und QZV-Volumen III/2010 gemindert.

- (c) Das Ergebnis unter Berücksichtigung der Schritte 6a) und 6b) wird danach mit dem Konvergenzfaktor multipliziert. Dieser ist im Quartal III/2010 100% und wird beginnend mit dem Quartal IV/2010 um jeweils 16,66 % vermindert. Ab dem Quartal I/2012 wird die Konvergenzregelung aufgehoben, sofern der über diese Regelung zugewiesene Betrag einen Wert von 100,- EUR unterschreitet, endet die Konvergenzregelung für den betroffenen Arzt ab diesen Quartal.
- (2) Die KV Sachsen stellt die gesetzlichen Krankenkassen im Falle von Honorarstreitigkeiten, die durch die Umsetzung dieser Konvergenzregelungen begründet sind, vollständig von der Haftung frei. Eine Nachschusspflicht im Zusammenhang mit der Umsetzung der Konvergenz seitens der gesetzlichen Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 18

Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung

- (1) Die KV Sachsen strebt mit den vereinbarten Konvergenzregelungen gemäß §§ 8 Abs. 3, 12a, 15 und 17 zu dieser Vereinbarung an, die umfassende flächendeckende ambulante medizinische Versorgung in Sachsen zu sichern.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass seitens von Vertragsärzten für GKV-Leistungen keine Kostenerstattung von GKV-Versicherten gefordert wird.
- (3) Sofern die LVSK trotzdem Kostenerstattungen für GKV-Leistungen an Versicherte vornehmen müssen, weil Vorkasse oder Eigenbeteiligungen des Versicherten vom Arzt unberechtigt verlangt wurde, übergeben die betreffenden Krankenkassen die entsprechenden Unterlagen der KV Sachsen zur Prüfung. Die KV Sachsen sichert zu, zu Unrecht privat liquidierte Leistungen unverzüglich beim Arzt geltend zu machen, vom Honorar abzusetzen und der jeweiligen Krankenkasse zu erstatten.
- (4) Für Fälle gemäß Abs. 3 verpflichtet sich die KV Sachsen im Rahmen der Disziplinarordnung entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.
- (5) Das Ergebnis der Klärung von Patientenbeschwerden und der Fälle nach Abs. 3 werden seitens der KV Sachsen grundsätzlich innerhalb von 2 Wochen gegenüber den LVSK rückgemeldet.

§ 19

Beobachtungspflicht

Die Vertragspartner werden die Höhe der RLV-Fallwerte des Quartals III/2011 bis zum 20.07.2011 prüfen und im Falle des Unterschreitens von vergleichsgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen geeignete Maßnahmen für die Neufestsetzung der RLV-

Fallwerte ab IV/2011 bis zum 31.08.2011 vereinbaren. Die vergleichsgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen werden von der KV Sachsen nach der SGO (Stand: 01.07.2011) ermittelt, welche mit den RLV-relevanten Fälle, einschließlich Überweisungs- und Vertretungsfälle, sowie nach Altersklassen gewichtet werden, so dass je Vergleichsgruppe gemäß Anlage 2a eine Versicherten- bzw. Grundpauschale für den Vergleich mit dem RLV-Fallwert maßgebend wird. Zuschläge für Gemeinschaftspraxen werden sowohl bei den Werten für die Versicherten- und Grundpauschalen gemäß SGO sowie im RLV-Fallwert nicht berücksichtigt.

§ 20 Datenlieferungen

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

§ 21 In-Kraft-Treten/Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2011 mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in Kraft.

Anlage 1 zu Teil 5

Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten

Für die Vergütung der

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

gelten folgende ergänzende Maßgaben:

1. Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt gemäß Punkt b) ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarf aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des 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 oder einer Gemeinschaftspraxis vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.

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

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

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

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der o. g. Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw.

therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt.

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

Anlage 2a zu Teil 5

Ärzte mit RLV 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.

Anlage 2b zu Teil 5

Leistungserbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen

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

Anlage 2c zu Teil 5
Ärzte ohne RLV

- Fachärzte für Strahlentherapie,
- Nichtvertragsärzte im Notfall, ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen sowie andere ermächtigte Einrichtungen, soweit kein RLV zugewiesen wurde.
- Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen und Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin sowie Fachwissenschaftler der Medizin (z.B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.), die nicht unter Anstrich 3 genannt sind

Anlage 3 zu Teil 5

Grundsätze zur Anpassung der RLV und der QZV

Antragsrecht des Arztes zur Ausnahme von der Abstufelung

Auf Antrag des Arztes bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im aktuellen Quartal aufgrund

- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft von über sechs Wochen Dauer,
- Urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis von über sechs Wochen Dauer,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,

können die über das RLV/QZV hinaus gehenden Leistungen abweichend honoriert werden, sofern dem zu vertretenden Arzt ein eigenes RLV/QZV zugewiesen wurde.

Die oben genannten Antragsgründe gelten auch im Fall einer außergewöhnlichen starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund einer Vertretung wegen Mutterschutz und Elternzeit.

Anträge können bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten über 5% gemessen an der individuellen, RLV-relevanten Fallzahl des Arztes des betreffenden Quartals aufgrund der oben genannten Gründe gestellt werden.

Antragsrecht des Vertragsarztes aufgrund außergewöhnlich niedriger Fallzahl im Aufsatzquartal

Auf Antrag des Arztes aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat, kann das RLV/QZV abweichend gebildet werden. Hierzu zählen z. B. längere Krankheit des Arztes, Mutterschutz, Elternzeit und vorübergehende, vom Arzt unverschuldete Praxisschließungen.

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

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

Anlage 4 zu Teil 5

Rückstellungen

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

Anlage 4 zu Teil 5	
Tabelle 2A Vorwegabzüge/Zuführungen im hausärztlichen Versorgungsbereich	
Quartal ...	
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte
	EUR
1	2
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben:	
Förderung von Weiterbildungsassistenten	
Förderung von Medizinstudenten (KV-Anteil)	
Förderung einer Patenschaftspauschale	
Finanzbedarf aus Anträgen gemäß Anlage 3	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G zur Umsetzung von Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KV-Anteil)	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten	
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge	
FKZ-Saldo	
Rückstellungen zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) im Überweisungsfall als Zielauftrag	
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM	
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten	
2% des Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen	
Zum Ausgleich von Forderungen aus Vorquartalen innerhalb des Versorgungsbereichs	
Zuführung für Honorarkürzungen gem. § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V (MGV-Anteil)	
Vorwegabzug Humangenetik	
Regionale Abzüge	
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich	
Hausärztliches Verteilungsvolumen	
davon förderungswürdige Leistungen	
Angefordertes Verteilungsvolumen im RLV, QZV	
Angefordertes Honorarvolumen förderungswürdige Leistungen	
Abstaffelungsquote (RLV, QZV)	

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

Anlage 5 zu Teil 5
Bemessung von RLV bei KV-übergreifender Tätigkeit

nicht besetzt

Anlage 6 zu Teil 5

Datenlieferungen

Datenlieferungen zu den Mitteln der Versorgungsbereiche, zu den vergleichsgruppenspezifischen Vergütungsbereichen, die Informationen der Zuweisung und Verwendung der RLV und QZV und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen einschließlich der angewandten Konvergenzen richten sich nach dem 236. und 239. Beschluss des Bewertungsausschusses. Es gelten die in den maßgeblichen Beschlüssen festgelegten Lieferfristen, Datenformate und Übermittlungswege.

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

Für die Übermittlung der o.g. Daten an die Ersatzkassen gilt:

Die KVS stellt diese Daten für alle Ersatzkassen auf dem sFTP-Server der vdek-Verbandszentrale ein.

Datenlieferungen zu § 8 Abs. 12 - 15 und § 14 dieser Vereinbarung (Mitteilung über Einzelfallentscheidungen)

Regelung in den Durchführungsbestimmungen

Anlage 7 zu Teil 5

Fallzahlclusterung und RLV-Berechnung

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

	Abschlag
Cluster A bis 150 %	0 %
Cluster B über 150 % bis 170 %	25 %
Cluster C über 170 % bis 200 %	50 %
Cluster D über 200 %	75 %

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

6. Summierung der Fallzahl der jeweiligen Cluster über die Vergleichsgruppe
7. Berechnung des vergleichsgruppenspezifischen Fallwertes gem. Teil F, Anlage 7 unter Einbeziehung der Formel
$$FW\ VG = RLV\ VG / (A + 0,75 \times B + 0,5 \times C + 0,25 \times D)$$
8. Ermittlung des arztindividuellen RLV
$$RLV\ Arzt = FW\ VG \times FZ\ Arzt$$
 unter Berücksichtigung Teil F, Pkt. 3.2.1

Anlage 8 zu Teil 5 Übersicht QZV

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
1	Akupunktur	30790, 30791
2	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
5	Betreuung psychisch Kranker	04433, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21232, 21233
6	Bronchoskopie	09315, 09316, 13662, 13663, 13664, 13670
7	Chirotherapie	30200, 30201
8	Computertomographie	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360
9	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
10	Dringende Besuche	01415
11	Elektroophthalmologie	06312
12	Ergometrie	03321, 04321, 13251, 27321
13	Fluoreszenzangiographie	06331
14	Gastroenterologie I	04511, 04513, 09317, 13400, 13401, 13402, 13411, 13412
15	Gastroenterologie II	04521, 13410, 13420
16	Humangenetik I	01839, 11310, 11311, 11312
17	Humangenetik II ¹⁾	11320, 11321, 11322, 11330, 11331, 11332, 11333, 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370, 11371, 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410, 11411, 11412, 11420, 11421, 11422, 11430, 11431, 11432, 11433, 11434, 11440, 11441, 11442, 11443, 11500
18	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
19	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26310, 26311, 26312, 26313, 26340
20	Interventionelle Maßnahmen	34500, 34501, 34502, 34503
21	Interventionelle Radiologie	34283, 34284, 34285, 34286, 34287
22	Invasive Kardiologie I	34291
23	Invasive Kardiologie II	34292
24	Kardiologie I	13545
25	Kardiologie II	13550
26	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
27	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 06350, 06351, 06352, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 15324, 26350, 26351, 26352
28	Kontaktlinsenanpassung	06341
29	Kontrolle Herzschrittmacher	04418, 13552
30	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
31	Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324, 13254, 27324
32	Langzeit-EKG	03322, 04322, 13252, 27322
33	Langzeit-EKG Auswertung	03241, 04241, 13253, 27323
34	Lumbalpunktion	02342
35	Magnet-Resonanz-Tomographie	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
36	Mamma-Stanzbiopsie	08320

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
37	MRT Mamma-Karzinom	34431
38	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
39	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
40	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
41	Nephrologische Leistungen	04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621
42	Neurologische Diagnostik I	04434, 04436, 04437, 04439, 14320, 14330, 14331, 16310, 16320, 16321, 16322, 21310, 21320, 21321, 27331
43	Neurologische Diagnostik II (LZ-EEG)	04435, 14321, 16311, 21311
44	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
45	Nuklearmedizinische Leistungen I	17371, 17372
46	Nuklearmedizinische Leistungen II	17310, 17320, 17333, 17341, 17370
47	Nuklearmedizinische Leistungen III	17311, 17321, 17331, 17340, 17350, 17351, 17362, 17373
48	Nuklearmedizinische Leistungen IV	17330, 17332, 17363
49	Nuklearmedizinische Leistungen V	17312, 17360, 17361
50	onkologische Betreuung	07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315
51	orthopäd. u. pädiatr. Rheumatologie	04550, 04551, 18320, 18700
52	Osteodensitometrie	34600
53	Otoakustische Emissionen	09324, 09327, 09340, 20324, 20327, 20340
54	pädiatrische Endokrinologie	04580
55	pädiatrische Pneumologie	04530, 04532
56	Phlebologie	30500, 30501
57	Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 20330, 20331, 20332, 20333
58	Phoniatrie, Pädaudiologie II	09335, 09336, 20335, 20336
59	Photodynamische Therapie	06332
60	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30431
61	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. I	01510, 01511, 01512
62	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. II	01520, 01530
63	Praxiskl. Beobachtung u. Betr. III	01521, 01531
64	Proktologie	03331, 03332, 04331, 04332, 08333, 08334, 13257, 13260, 30600, 30601
65	Prostatabiopsie	26341
66	Psychosom. Grundvers., Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
67	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
68	Richtlinienpsychotherapie I (Probatorik)	35150
69	nicht belegt	
70	Schmerztherapeutische spez. Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
71	Schmerztherapeutische spez. Versorgung	30702, 30704
72	Sonographie Auge	33000, 33001, 33002
73	Sonographie Gefäße	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Nr.	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
74	Sonographie Gesicht/Hals	33010, 33011, 33012
75	Sonographie Herz I	33020, 33021, 33022, 33023
76	Sonographie Herz II	33030, 33031
77	Sonographie Körper	33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081
78	Sonographie Zuschläge	33090, 33091, 33092
79	Soziotherapie	30810, 30811
80	Spirometrie	03330, 04330, 13255, 27330
81	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34290, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297
82	Ulcus cruris	02312, 02313, 02318, 02319
83	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
84	Ergospirometrie	04419, 04534, 13560, 13660

Hinweis: enthalten die zum QZV genannten Gebührenordnungspositionen eine Buchstabenkennzeichnung sind diese im QZV inbegriffen, außer bei Kennzeichnung mit "X"

¹⁾ Nach Vorliegen valider Abrechnungsergebnisse werden sich die Vertragspartner über die Zuordnung der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM erneut verständigen.

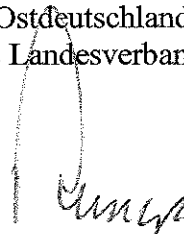
Dresden, den 22. November 2010



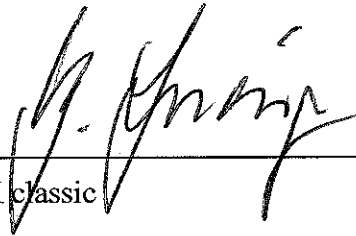
Kassennärztliche Vereinigung Sachsen



AOK PLUS,
handelnd für die
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband



BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen



IKK classic



Knappschaft,
Regionaldirektion Chemnitz



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung

