

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Saarland

Gültig ab 01.10.2013

HVM gemäß Beschluss der VV der KVS vom 21.08.2013

HVM gemäß Beschluss der VV der KVS vom 21.05.2014



Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I – Allgemeine Bestimmungen

§ 1	Geltungsbereich	4
§ 2	Teilnahme an der Honorarverteilung	4
§ 3	Abrechnungsbestimmungen	5
§ 4	Feststellung der Honorarforderung	6

Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

§ 5	Grundsätze der Verteilung	7
-----	---------------------------------	---

A. Bildung von Grundbeträgen

§ 6	Grundbetrag „Labor“	13
§ 6a	Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“	15
§ 7	Haus- und fachärztliche Grundbeträge	15

B. Verteilung der hausärztlichen Finanzmittel

§ 8	Vorwegentnahmen aus dem hausärztlichen Grundbetrag	16
§ 8a	Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen	19
§ 8b	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs	20
§ 8c	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für RLV und QZV ..	20
§ 8d	Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens	20
§ 8e	Zuteilung und Ermittlung eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt für Hausärzte	21
§ 8f	Vergütung des das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungsbedarfs	22

C. Verteilung der fachärztlichen Finanzmittel

§ 9	Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge	23
§ 9a	Vorwegentnahmen aus dem fachärztlichen Grundbetrag	23
§ 9b	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs	29
§ 9c	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für RLV und QZV ..	30
§ 9d	Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens	30
§ 9e	Zuteilung und Ermittlung eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt für Fachärzte	31
§ 9f	Vergütung des das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungsbedarfs	32



§ 9g Vergütung der Fachgruppen ohne RLV und QZV 33

Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen

§ 10 Bereinigung der RLV und QZV bei Abschluss von Selektivverträgen 34
§ 11 Inkrafttreten / Geltungsdauer 34

Abschnitt IV – Änderungs-/Ergänzungsvorbehalt 34

Anlagen

Anlage 1: Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung 35
Anlage 2: Berechnung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina („Fachgruppentöpfe“) gemäß § 8b und § 9b 44
Anlage 3: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche („Honorartöpfe für RLV und QZV“) gemäß § 8c und § 9c 46
Anlage 4: Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß § 8d und § 9d 48
Anlage 5: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 8e und § 9e 50
Anlage 6: Bereinigung von Honorarkontingenten bzw. des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen 52
Anlage 7: Kriterien für Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV 58



Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt nach § 87b SGB V die Verteilung der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) im Bereich der KV Saarland. Des weiteren regelt der HVM die Verteilung der Gesamtvergütungsanteile bereichsfremder Krankenkassen für Leistungen von im Bereich der KV Saarland niedergelassenen Vertragsärzten und anderen an der Honorarverteilung teilnehmenden Ärzten (Fremdkassenfälle).

Sofern in diesem HVM von (Vertrags-) Ärzten, ermächtigten Ärzten, (vertrags-) ärztlichen Leistungen, Vertragsarztpraxen etc. die Rede ist, finden die entsprechenden Regelungen gleichermaßen Anwendung auf psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern dies nicht durch höherrangiges Recht ausgeschlossen ist. Soweit sich Bezeichnungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes auf Personen beziehen, gelten sie für Männer in der männlichen, für Frauen in der weiblichen Form.

- (2) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie Art und Umfang des Nachweises der von den Ärzten erbrachten Leistungen richtet sich nach den Bestimmungen des/der Bundesmantelvertrages/Bundesmantelverträge, der Gesamtverträge, des HVM sowie der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland (vgl. § 3).
- (3) Soweit der HVM oder die Verträge mit den Kostenträgern nichts anderes vorsehen, werden die Gesamtvergütungen an die Ärzte auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in seiner jeweiligen Fassung verteilt [regionale Euro-Gebührenordnung].

§ 2

Teilnahme an der Honorarverteilung

Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung haben die Vertragsärzte, die ermächtigten Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, diese unter Berücksichtigung eines Abschlages von 10 %, im Rahmen der ausgesprochenen Zulassung oder Ermächtigung bzw. auf der Basis der abgeschlossenen Verträge.

Gleiches gilt für Nicht-Vertragsärzte und Krankenhäuser für die Behandlung von Notfällen.



§ 3

Abrechnungsbestimmungen

Im Hinblick auf Abrechnung und Vergütung ärztlicher Leistungen gelten die Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung entsprechend.

§ 4

Feststellung der Honorarforderung

- (1) Die Ermittlung der Leistungsanforderung erfolgt auf Grund der Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der jeweils geltenden Fassung. Soweit in den Verträgen mit den Krankenkassen etwas anderes bestimmt ist, gelten die in diesen Verträgen festgelegten Bestimmungen [regionale Euro-Gebührenordnung].
- (2) Wegepauschalen werden für ausgeführte Besuche
 - im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung gemäß dem nachstehenden Satz 2, sowie
 - im Rahmen der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit nach Maßgabe der hierüber abgeschlossenen Verträge mit den Krankenkassen.vergütet.
Wegepauschalen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarung in der für das Abrechnungsquartal gültigen Fassung vergütet.
- (3) Assistriert, anästhesiert oder operiert der Vertragsarzt bei mehreren Patienten nacheinander, so kann die maßgebliche Wegegeldpauschale nur einmal abgerechnet werden.
- (4) Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst - ausgehend vom Praxissitz als Zentrum - auf einer Karte mit dem Maßstab 1 : 25 000 zu bestimmen (Radius für den Kernbereich 8 cm, für den 5-km-Kreis als Grenze zwischen Randbereich und Fernbereich 20 cm).
- (5) Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 40220 bis 40230, 40240, 40260, 40190, 40192, 98106 und 98108 berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschalen nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der geltenden Wegebereiche.



- (6)** Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

- (7)** Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.



Abschnitt II

Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

§ 5

Grundsätze der Verteilung

- (1)** Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- (2)** Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der mit den Gesamtvertragspartnern geschlossenen Vergütungsvereinbarung in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung. Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt einheitlich und gemeinsam für alle Krankenkassen.
- (3) Grundsätze zur Verteilung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu leistenden Gesamtvergütung (EGV)**
Die Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetäre Leistungen) erfolgt nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarung der Gesamtvertragspartner in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Einführung von Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

 - (a)** Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 87b Abs. 2 SGB V wird für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Wenn eine Arztpraxis die in § 8e (Hausärzte) bzw. § 9e (Fachärzte) genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind. Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich nach den Vorgaben der §§ 8f (für Hausärzte) bzw. 9f (für Fachärzte).

Die Höhe der jeweils arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) ergibt sich für Hausärzte nach den Vorgaben des § 8d und für



Fachärzte nach den Vorgaben des § 9d. Die Höhe der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) ergibt sich für Hausärzte nach den Vorgaben des § 8e und für Fachärzte nach den Vorgaben des § 9e.

Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) kommen für Ärzte der in § 8b und § 9b genannten Arztgruppen zur Anwendung.

(b) Zuweisung der Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Die Zuweisung des praxisbezogenen Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich eines Hinweises auf Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, soll zwei Wochen vor Beginn, spätestens jedoch zu Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens bzw. qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens erfolgen.

(c) Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

(d) Arztbezug

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden je Arzt ermittelt.

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

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, gilt je RLV-relevantem Behandlungsfall der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert, in dem der Vertragsarzt in diesem Behandlungsfall überwiegend tätig ist.

(e) Tätigkeitsumfang

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(f) RLV-relevante Fälle

Die zur Berechnung des Regelleistungsvolumen nach Anlage 4 relevanten 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 und Überweisungsfälle zur Durchführung



ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens 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 immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.
- c) Für Vertragsärzte, die in mehreren Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnungen zugelassen sind, erfolgt die Aufteilung ihrer RLV-relevanten Behandlungsfälle nach dem Anteil deren RLV-relevanten Arztfälle je Gebiet bzw. Schwerpunkt.

(g) Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 4 Nr. 3 für den hausärztlichen Versorgungsbereich und gemäß Anlage 4 Nr. 4 für den fachärztlichen Versorgungsbereich zu ermitteln.

(h) Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen wird das jeweils praxisbezogene Regelleistungsvolumen bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 Prozent erhöht.

Abweichend von Satz 1 gilt der 10%ige Zuschlag bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und standortübergreifenden Praxen mit angestellten Ärzten nur dann, wenn ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird. Der Kooperationsgrad (KG) ergibt sich je Abrechnungsquartal in Prozent wie folgt: $((\text{Summe RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß Buchstabe (f) im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$. Für Ärzte am gleichen Standort bleibt dabei jedoch der 10%ige Zuschlag auch dann erhalten, wenn der Kooperationsgrad mit den anderen Standorten unter 10% liegt.



(i) Verrechnung von RLV und QZV

Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

(j) Übergangsregelungen für die Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens bei Neuzulassung bzw. Änderung der Kooperationsform

Im Rahmen der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 4 gelten

- bei Neuzulassung von Vertragsärzten
- bei Gründung, Auflösung und Erweiterung von Einzelpraxen mit angestellten Ärzten, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden (d.h. mit Sitz) bzw. bei Reduzierung oder Wechsel (Nachfolgebesetzung) der Anstellungen
- bei Gründung, Auflösung und Erweiterung von Berufsausübungsgemeinschaften/Medizinischen Versorgungszentren bzw. bei Reduzierung oder Wechsel (Nachfolgebesetzung) von Praxispartnern bzw. angestellten Ärzten, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden (d.h. mit Sitz)

Übergangsregelungen. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens auf Basis der RLV-relevanten Gesamtbehandlungsfallzahl der Praxis bzw. MVZ im aktuellen Abrechnungsquartal. Die aktuelle RLV-relevante Gesamtbehandlungsfallzahl wird dabei begrenzt auf die Summe der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahlen je Fachgruppe der einzelnen maßgeblichen Praxispartner bzw. angestellten Ärzte im Vorjahr. Dabei wird für Ärzte, die in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt sind, die zutreffende RLV-relevante Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe mit dem jeweiligen Faktor der Bedarfsplanung multipliziert. Die so errechnete RLV-relevante Gesamtbehandlungsfallzahl der Praxis wird auf die einzelnen Praxispartner im Verhältnis der RLV-relevanten Arztfallzahlen im aktuellen Abrechnungsquartal aufgeteilt.

Die Übergangsregelung gilt für 4 Abrechnungsquartale, beginnend mit dem Quartal, in dem die Neuzulassung bzw. Änderung erfolgt ist.

(k) Anpassung der RLV- relevanten Fallzahlen

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland werden die zur Bemessung des



Regelleistungsvolumens maßgeblichen Fallzahlen nach Buchstabe (f) i.V. mit Anlage 4 nach Maßgabe der in Anlage 7 II. genannten Kriterien angepasst.

(l) Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit RLV¹

Für die nach Anlage 4 gebildeten Regelleistungsvolumen werden auf Antrag der Praxis (Einzelpraxis, Einzelpraxis mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der in Anlage 7 III. Nrn. 1 und 2 genannten Kriterien zuerkannt. Die Anpassung der Regelleistungsvolumina aufgrund von zuerkannten Praxisbesonderheiten erfolgt nach Maßgabe der Anlage 7 III. Nr. 3.

(m) Anpassung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland werden die zustehenden Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gemäß § 8e bzw. § 9e nach Maßgabe der in Anlage 7 IV. genannten Kriterien angepasst.

(n) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gelten die Regelungen nach § 8 Buchstabe (c) bzw. § 9 Buchstabe (c).

(5) Zu berücksichtigende Grundbeträge

(a) Grundbeträge zur Berechnung der zuzuweisenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Für die Ermittlung der nach Absatz 4 Buchstabe (b) zuzuweisenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) werden die nach Maßgabe der Anlage 1 zu bildenden haus- und fachärztlichen Grundbeträge herangezogen.

Da zum Zeitpunkt der RLV und QZV -Zuweisung gemäß Absatz 4 Buchstabe (b) die zur Berechnung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge zu berücksichtigenden Versichertenzahlen des zuzuweisenden Abrechnungsquartals nicht vorliegen, werden zur Berechnung der vorläufigen haus- und fachärztlichen Grundbeträge die jeweils aktuellsten Versichertenzahlen voran liegender Abrechnungsquartale herangezogen. Die voraussichtliche Entwicklung der Versichertenzahlen wird durch die Bildung von Rückstellungen für Fehlschätzungen gemäß § 8 Abs. 2 Buchstabe (e) (für Hausärzte) bzw. § 9a Abs. 2 Buchstabe (e) (für Fachärzte) berücksichtigt. Hieraus resultierende Differenzen werden im Rahmen der jeweiligen Honorarberechnung des entsprechenden Abrechnungsquartals ausgeglichen.

¹ Der Begriff Praxisbesonderheit resultiert sich aus den bis 31.12.2011 geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschuss zum Regelleistungsvolumen (Beschluss Teil F). Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit den Regelleistungsvolumen sind in Abgrenzung zu der im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung definierten „Praxisbesonderheit“ zu sehen.



Die für die Berechnung der RLV-Fallwerte heranzuziehenden haus- und fachärztlichen Grundbeträge werden darüber hinaus jeweils noch um die voraussichtlich zu erwartenden versorgungsbereichsbezogenen Bereinigungen für Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V vermindert. Der jeweils zu erwartende Bereinigungsbetrag wird auf Basis von Erfahrungswerten des Vorjahresquartals ermittelt. Hieraus resultierende Differenzen nach Vorliegen des tatsächlichen Bereinigungsbetrages werden im nächst möglichen Abrechnungsquartal ausgeglichen.

(b) **Grundbeträge zur Honorarberechnung**

Für die Ermittlung der quartalsbezogenen Honorare für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die nach Maßgabe der Anlage 1 zu bildenden Grundbeträge herangezogen. Da zum Zeitpunkt der Honorarberechnung die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Vergütungen für Fremdarztleistungen der Höhe nach noch nicht feststehen, werden im Rahmen der Anwendung der Regelung nach Nr. 4 der Anlage 1 die Vergütungen der anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Fremdarztleistungen in Höhe des Vorjahresquartals in die Berechnung einbezogen. Differenzen zwischen den in die Berechnung einbezogenen Vergütungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen für Fremdarztleistungen des Vorjahresquartals und der von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Fremdarztleistungen für das Abrechnungsquartal gezahlten Vergütungen werden in die Honorarverteilung eines der folgenden Quartale vorgetragen.

Die im Rahmen der Honorarberechnung heranzuziehenden Grundbeträge nach Anlage 1 werden darüber hinaus noch jeweils um die voraussichtlich zu erwartenden Bereinigungen für Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V vermindert. Der jeweils zu erwartende Bereinigungsbetrag wird auf Basis von Erfahrungswerten des Vorjahresquartals ermittelt. Hieraus resultierende Differenzen nach Vorliegen des tatsächlichen Bereinigungsbetrages werden im nächst möglichen Abrechnungsquartal ausgeglichen.



A. Bildung von Grundbeträgen

§ 6

Grundbetrag „Labor“

Der Grundbetrag „Labor“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Dem Vergütungsvolumen nach Satz 1 wird der voraussichtliche Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) für die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 EBM sowie Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM hinzugefügt.

Formel: $VG_2 = VG_1 + LFKZ_{\text{voraussichtlich}}$

Aus dem nach Satz 2 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden nachfolgend aufgeführte Leistungen vergütet.

Nr. 1. Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

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

Nr. 2. Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

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

Nr. 3. Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Absatz 4 SGB V vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.



Nr. 4. Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

- a) Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe in nachfolgender Tabelle vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Absatz 4 SGB V multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle nach der Definition des/der Bundesmantelvertrages/Bundesmantelverträge des aktuellen Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Frauenärzte	4,00 €
Dermatologen	4,00 €
Fachinternisten mit SP Endokrinologie	40,00 €
Fachinternisten mit SP Onkologie/Hämatologie	8,00 €
Fachinternisten ohne SP	4,00 €
Fachinternisten mit SP Pneumologie	4,00 €
Fachinternisten mit SP Rheumatologie	40,00 €
Nuklearmediziner	10,00 €
Urologen	4,00 €
Humangenetiker	4,00 €
Fachärzte mit SP Allergologie	40,00 €
Transfusionsmediziner	40,00 €
Erm. Ärzte /erm. Institute	4,00 €
Fachinternisten mit SP Gastroenterologie	1,00 €
Fachinternisten mit SP Kardiologie	1,00 €
Fachinternisten mit SP Nephrologie	4,00 €

- b) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall das Budget nach Buchstabe a) bedarfsgerecht anpassen, wenn der betroffene Vertragsarzt der KV Saarland gegenüber nachweist, dass er die Anforderungen der Richtlinie



der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung
laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

Nr. 5. Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens (VG₂)

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses des nach Absatz 1 gebildeten Vergütungsvolumens erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) [46,71% Hausärzte und 53,29% Fachärzte] auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrages nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrages „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

§ 6a

Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“

Der Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden die nach den Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland abrechnungsfähigen Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes (gemäß Notfalldienstordnung) vergütet. (Scheinuntergruppen 41 bzw. 43).

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen nach Satz 1 erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrages nach dem gleichen Verfahren nach Satz 3. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

§ 7

Haus- und fachärztliche Grundbeträge

(1) Hausärztlicher Grundbetrag

Der hausärztliche Grundbetrag wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

(2) Fachärztlicher Grundbetrag

Der fachärztliche Grundbetrag wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.



B. Verteilung der hausärztlichen Finanzmittel

§ 8

Vorwegentnahmen aus dem hausärztlichen Grundbetrag

Aus dem nach § 7 Absatz 1 zur Verfügung stehenden hausärztlichen Grundbetrag werden folgende Vorwegentnahmen vorgenommen:

(1) Forderungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs

Berücksichtigung der zu erwartenden Forderungen bzw. Verpflichtungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V. Die Höhe des Abzugs ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals. Hierbei sind ab dem zweiten Quartal 2013 die zwischen den Partnern der Gesamtverträge für das Jahr 2013 auf bereichsfremde Ärzte der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Bereinigungsbeträge für Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM zu berücksichtigen.

(2) Rückstellungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Abzüge für folgende Rückstellungen:

(a) Rückstellung zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bildet das arztgruppenbezogene Durchschnittshonorar im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Ermittlung der Höhe der Rückstellung basiert auf Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(b) Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben

Die Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben gliedern sich wie folgt:

Nr. 1 Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben

Es wird eine Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben (u.a. für die Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus gemäß § 5 Absatz 4 Buchstaben (j) und (k)) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

Nr. 2 Rückstellung für nachträgliche Korrekturen

Es wird eine Rückstellung für nachträgliche Korrekturen und zu erwartende besondere Verpflichtungen gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden Erfahrungswerte voran liegender



Abrechnungsquartale sowie Einschätzungen auf zu erwartende besondere Verpflichtungen.

(c) Rückstellung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

Als Aufgreifkriterium zur Begrenzung von überproportionalen Honorarverlusten (Konvergenzregelung) gilt der Wert eines Honorarverlustes einer Praxis von 5 % oder mehr des GKV-Umsatzes der Praxis im Vergleich zum jeweiligen Basisquartal 2008. Den Praxen, auf welche dieses Aufgreifkriterium zutrifft, werden die Leistungen des Regelleistungsvolumens bis zu dem Umfang vergütet, der dem Honorarvolumen für diese Leistungen im jeweiligen Basisquartal 2008 entspricht, höchstens allerdings bis zu dem Umfang, mit dem die jeweilige Praxis 95 % ihres GKV-Umsatzes des jeweiligen Basisquartals 2008 erreicht.

Über die Gewährung eines Ausgleichs nach Abs. 1 Satz 1 entscheidet der Vorstand der KVS.

Reicht die nach Satz 2 gebildete Rückstellung zur Finanzierung der vorgenannten Konvergenzregelung nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die entsprechende Rückstellung des nächst möglichen Quartals. Nicht verbrauchte Mittel werden in die entsprechende Rückstellung des nächst möglichen Quartals vorgetragen.

Der %-Satz des Aufgreifkriteriums nach Satz 2 sowie die Höchstgrenze des Ausgleichs nach Satz 3 wird wie folgt angepasst:

Zeitraum	%-Satz des Aufgreifkriteriums nach Satz 2	%-Satz der Ausgleichs-Höchstgrenze nach Satz 3
Quartale 4/2012 und 1/2013	7,5%	92,5%
Quartale 2/2013 und 3/2013	10,0%	90,0%
Quartale 4/2013 und 1/2014	12,5%	87,5%

Ab dem zweiten Quartal 2014 entfällt die vorgenannte Ausgleichsregelung bei überproportionalen Honorarverlusten. Eine Rückstellung für überproportionale Honorarverluste wird ab dem zweiten Quartal 2014 nicht mehr gebildet.

(d) Rückstellung für Praxisbesonderheiten

Es wird eine Rückstellung für Praxisbesonderheiten im hausärztlichen Versorgungsbereich nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

(e) Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen im Rahmen der Bemessung der vorläufigen, versichertenanzahlbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten vergangener Abrechnungsquartale und



unter Berücksichtigung des nach § 7 Absatz 1 ermittelten hausärztlichen Grundbetrages.

(f) Umsetzungsverfahren zu den Rückstellungen (Auflösung, Rückführung)

Die zum Zeitpunkt der Berechnung der RLV-Fallwerte gebildeten Rückstellungen nach den Buchstaben (a) und (e) werden im Rahmen der Honorarberechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals gemäß den Vorgaben nach § 8f Absatz 1 verwendet.

Nicht ausgeschöpfte Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) können nach Ablauf eines Kalenderjahres in einer Schlussabrechnung in Richtung Ärzte aufgelöst werden. Reichen die Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die nächstmögliche Quartalsabrechnung.

(3) RLV -Zuschläge

Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag zum Regelleistungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten.

(4) Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung

Abzug in Höhe von 2 % des hausärztlichen Grundbetrages nach § 7 Absatz 1 zur Finanzierung der abgestaffelten Vergütung gemäß § 8f.

(5) Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

Abzug des zu bildenden Vergütungsvolumens für die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Das Vergütungsvolumen ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(6) Besuchsleistungen

Abzug des für Besuchsleistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM zu bildenden Vergütungsvolumens. Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Vergütungskontingent des entsprechenden Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7) Geriatrie / Palliativmedizin / Sozialpädiatrie

Abzug zur Vergütung von geriatrischen, sozialpädiatrischen und palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 EBM. Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil des mit den Partnern der Gesamtverträge im Jahre 2013 vereinbarten Anpassungsbetrages gemäß Beschluss des



Bewertungsausschuss in seiner 295. Sitzung (§ 5 Absatz 2 der Vergütungsvereinbarung 2013).

(8) Förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Es wird ein Honorarkontingent für förderungswürdige Leistungen gebildet. Das Volumen ergibt sich aus dem unter Anwendung des Trennungsfaktors gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil des mit den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Finanzvolumens gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in der 228. Sitzung am 22.10.2012 (§ 5 Abs. 3 der Vergütungsvereinbarung).

Aus dem so zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden Zuschläge zu folgenden Besuchsleistungen vergütet:

- Zuschlag zur GOP 01413 in Höhe von 5,00 € je abgerechneter Leistung, sofern die Besuchsleistungen in Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durchgeführt wurden. Zur Kennzeichnung der Besuchsleistung in Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal rechnet die Praxis den Zuschlag unter Verwendung der regionalen Gebührennummer 01413P ab.
- Zuschlag zur GOP 01415 in Höhe von 10,00 € je abgerechneter Leistung. Der Zuschlag wird unter Verwendung der regionalen GOP 01415P gekennzeichnet und von der KV Saarland automatisch zugesetzt.

Reicht das zur Verfügung stehende Kontingent nach Satz 2 nicht aus, so werden die Zuschläge entsprechend quotiert. Wird das Kontingent nach Satz 2 unterschritten, so erfolgt ein Übertrag in die abgestaffelte Vergütung nach § 8f.

§ 8a

Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen

- (1) Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 Buchstabe und 6 sind in der Form gegenseitig verrechnungsfähig, dass im Falle der Unterschreitung eines Vergütungsvolumens gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 die nicht benötigten Mittel zur Finanzierung desjenigen Vergütungsvolumens gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 herangezogen werden, bei dem eine Überschreitung eingetreten ist.
- (2) Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Abs. 1 verbleibenden Überschreitung der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 werden die Leistungen je Vergütungsvolumen entsprechend quotiert.
- (3) Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Abs. 1 verbleibenden Unterschreitung der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 und 6 erfolgt eine Übertragung in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 8f Absatz 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- (4) Reicht das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nach § 8 Abs. 7 nicht aus, so werden die Leistungen des Vergütungsvolumens entsprechend quotiert. Im Fall von verbleibenden Unterschreitungen des Vergütungsvolumens nach § 8 Abs. 7 erfolgt ein Übertrag in die abgestaffelte Vergütung nach § 8f.



§ 8b

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Der nach Abzug der Vorwegentnahmen nach § 8 verbleibende hausärztliche Grundbetrag wird in arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen aufgeteilt für:

1. Allgemeinärzte / Praktische Ärzte / Ärzte ohne Gebietsbezeichnung / hausärztliche Internisten
2. HIV-Schwerpunkt-Praxen
3. Kinder- und Jugendärzte
4. Kinder- und Jugendärzte, mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ergeben sich nach Maßgabe der Anlage 2.

§ 8c

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach § 8b werden in jeweils zwei separate arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche zur Honorierung der Regelleistungsvolumen (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgeteilt. Die Berechnung der beiden arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche (Honorarkontingent für Regelleistungsvolumen sowie Honorarkontingent für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen) erfolgt nach Maßgabe der Anlage 3.

§ 8d

Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

- (1) Für die in § 8b genannten Arztgruppen werden arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen gebildet.
- (2) Die arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen-Fallwerte sowie die daraus resultierenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe der Anlage 4 für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (3) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Absatz 2 wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:
 - um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
 - um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe und



- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.
- (4) Die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen erfolgt entsprechend der Anlage 4 Nr. 3.
- (5) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen, ggf. unter Berücksichtigung des Zuschlages nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (h).

§ 8e

Zuteilung und Ermittlung eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt für Hausärzte

- (1) Für die in Absatz 3 aufgeführten Leistungsbereiche wird ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen bzw. Teile des arztgruppenspezifischen Zusatzvolumens, wenn
- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht hat und
 - er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.
- (2) Die Bildung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen erfolgt nach Maßgabe der Anlagen 3 und 5.
- (3) Das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich umfasst die nachfolgenden Leistungen:
- besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - ~~dringende Besuche (GOP 01411 und 01412)~~
 - die Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
 - Sonographie (GOP 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092)
 - Psychosomatik (GOP 35100 und 35110)
 - Prokto-/Rektoskopie (GOP 03331 bzw. 04331)
 - Kleinchirurgie (GOP 02300 bis 02302)
 - Langzeit-EKG (GOP 03322 bzw. 04322)
 - Langzeit-Blutdruckmessung (GOP 03324 bzw. 04324)
 - Spirometrie (GOP 03330 bzw. 04330)
 - Ergometrie (GOP 03321 bzw. 04321)



- Chirotherapie (Abschnitt 30.2 EBM)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527 und 04537)

§ 8f

Vergütung des das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungsbedarfs

- (1) Im Rahmen der Honorarberechnung wird der nach Abzug der Vorwegentnahmen gemäß § 8 verbleibende hausärztliche Grundbetrag ergänzt um
 - a) die Rückstellungen für die Zunahme von Ärzten sowie für Fehlschätzungen gemäß § 8 Absatz 2 Buchstabe (a) und (e)
 - b) den Abzug für RLV-Zuschläge gemäß § 8 Absatz 3 sowie
 - c) das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung gemäß § 8 Absatz 4.
 - d) nicht verbrauchte Vergütungsvolumina von Vorwegentnahmen gemäß § 8a Absatz 3 und 4 sowie nicht verbrauchte Mittel gemäß § 8 Absatz 8.
- (2) Von der nach Absatz 1 gebildeten Gesamtsumme wird die Summe der im Rahmen der jeweiligen Honorarabrechnung nach Anwendung der gegenseitigen Verrechnungsmöglichkeit gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) endgültig zuerkannten Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs subtrahiert. Die verbleibende Differenz gilt als Ausgangsbasis zur Berechnung der abgestaffelten Vergütung des hausärztlichen Versorgungsbereichs.
- (3) Im Rahmen der Honorarberechnung wird nach Anwendung der gegenseitigen Verrechnungsmöglichkeit gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) die Summe der über die endgültig zuerkannten Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Leistungsanforderungen des gesamten hausärztlichen Versorgungsbereichs festgestellt (RLV/QZV-Überschreitung).
- (4) Die für das jeweilige Abrechnungsquartal maßgebliche Ausgangsbasis für die abgestaffelte Vergütung gemäß Absatz 2 wird durch die jeweilige RLV/QZV-Überschreitung nach Absatz 3 dividiert. Es entsteht eine hausärztliche Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
- (5) Die über das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Leistungsanforderungen nach Absatz 3 werden mit der hausärztlichen Abstaffelungsquote nach Absatz 4 vergütet.



C. Verteilung der fachärztlichen Finanzmittel

§ 9

Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge

Neben dem nach § 7 Absatz 2 zur Verfügung stehenden fachärztlichen Grundbetrag werden folgende versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge aus fachärztlichen Finanzmitteln gebildet:

(1) Grundbetrag „genetisches Labor“

Der Grundbetrag „genetisches Labor“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden die Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) vergütet.

Reicht das zur Verfügung stehende Finanzvolumen nach Satz 1 nicht aus, so werden die Leistungen entsprechend quotiert vergütet.

Nicht verbrauchte Finanzmittel werden im Rahmen der Honorarberechnung dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach § 9b Nr. 27 zugeführt.

(2) Grundbetrag „PFG“

Der Grundbetrag „PFG“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM) vergütet.

Reicht das zur Verfügung stehende Finanzvolumen nach Satz 1 nicht aus, so werden die Leistungen entsprechend quotiert vergütet.

Nicht verbrauchte Finanzmittel werden in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Absatz 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals übertragen.

§ 9a

Vorwegentnahmen aus dem fachärztlichen Grundbetrag

Aus dem nach § 7 Abs. 2 zur Verfügung stehenden fachärztlichen Grundbetrag werden folgende Vorwegentnahmen vorgenommen:

(1) Forderungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs

Berücksichtigung der zu erwartenden Forderungen bzw. Verpflichtungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V. Die Höhe des Abzugs ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals. Hierbei sind ab dem zweiten Quartal 2013 die zwischen den Partnern der Gesamtverträge für das Jahr 2013 auf bereichsfremde Ärzte der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V



genannten Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Bereinigungsbeträge für Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM sowie für Leistungen der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.

(2) Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Abzüge für folgende Rückstellungen:

(a) Rückstellung zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bildet das arztgruppenbezogene Durchschnittshonorar im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Ermittlung der Höhe der Rückstellung basiert auf Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(b) Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben

Die Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben gliedern sich wie folgt:

Nr. 1 Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben

Es wird eine Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben (u.a. für die Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus gemäß § 5 Absatz 4 Buchstaben (j) und (k)) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

Nr. 2 Rückstellung für nachträgliche Korrekturen

Es wird eine Rückstellung für nachträgliche Korrekturen und zu erwartende besondere Verpflichtungen gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden Erfahrungswerte voran liegender Abrechnungsquartale sowie Einschätzungen auf zu erwartende besondere Verpflichtungen.

(c) Rückstellung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

Als Aufgreifkriterium zur Begrenzung von überproportionalen Honorarverlusten (Konvergenzregelung) gilt der Wert eines Honorarverlustes einer Praxis von 5 % oder mehr des GKV-Umsatzes der Praxis im Vergleich zum jeweiligen Basisquartal 2008. Den Praxen, auf welche dieses Aufgreifkriterium zutrifft, werden die Leistungen des Regelleistungsvolumens (bei den Arztgruppen der Augenärzte und Orthopäden die Leistungen des Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens) bis zu dem Umfang vergütet, der dem Honorarvolumen für diese Leistungen



im jeweiligen Basisquartal 2008 entspricht, höchstens allerdings bis zu dem Umfang, mit dem die jeweilige Praxis 95 % ihres GKV-Umsatzes des jeweiligen Basisquartals 2008 erreicht (für die Arztgruppen der Augenärzte und der Orthopäden gilt hiervon abweichend ein Wert von 100%).

Über die Gewährung eines Ausgleichs nach Abs. 1 Satz 1 entscheidet der Vorstand der KVS.

Reicht die nach Satz 2 gebildete Rückstellung zur Finanzierung der vorgenannten Konvergenzregelung nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die entsprechende Rückstellung des nächst möglichen Quartals. Nicht verbrauchte Mittel werden in die entsprechende Rückstellung des nächst möglichen Quartals vorgetragen.

Die %-Sätze des Aufgreifkriteriums nach Satz 2 sowie die Höchstgrenzen des Ausgleichs nach Satz 3 werden wie folgt angepasst:

Zeitraum	% - Satz des Aufgreifkriteriums nach Satz 2		% - Satz der Ausgleichs-Höchstgrenze nach Satz 3	
	Augenärzte / Orthopäden	andere Facharztgruppen	Augenärzte / Orthopäden	andere Facharztgruppen
Quartale 4/2012 und 1/2013	2,5%	7,5%	97,5%	92,5%
Quartale 2/2013 und 3/2013	5,0%	10,0%	95,0%	90,0%
Quartale 4/2013 und 1/2014	7,5%	12,5%	92,5%	87,5%

Ab dem zweiten Quartal 2014 entfällt die vorgenannte Ausgleichsregelung bei überproportionalen Honorarverlusten. Eine Rückstellung für überproportionale Honorarverluste wird ab dem zweiten Quartal 2014 nicht mehr gebildet.

(d) Rückstellung für Praxisbesonderheiten

Es wird eine Rückstellung für Praxisbesonderheiten im fachärztlichen Versorgungsbereich nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

(e) Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen im Rahmen der Bemessung der vorläufigen, versichertenanzahlbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten voranliegender Abrechnungsquartale und der Berücksichtigung des nach § 7 Absatz 2 ermittelten fachärztlichen Grundbetrages.

(f) Umsetzungsverfahren zu den Rückstellungen (Auflösung, Rückführung)

Die im Rahmen der Berechnung der RLV-Fallwerte gebildeten Rückstellungen nach den Buchstaben (a) und (e) werden im Rahmen der Honorarberechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals gemäß den Vorgaben nach § 9f Absatz 1 verwendet.

Nicht ausgeschöpfte Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) sind nach Ablauf eines Kalenderjahres in einer Schlussrechnung in Richtung Ärzte



aufzulösen. Reichen die Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die nächstmögliche Quartalsabrechnung.

(3) RLV-Zuschläge

Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag zum Regelleistungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten.

(4) Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung

Abzug in Höhe von 2 % des fachärztlichen Grundbetrages nach § 7 Absatz 2 zur Finanzierung der abgestaffelten Vergütung gemäß § 9f.

(5) Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

Abzug des zu bildenden Vergütungsvolumens für die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Das Vergütungsvolumen ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(6) Besuchsleistungen

Abzug des für Besuchsleistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM zu bildenden Vergütungsvolumens. Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Vergütungskontingent des entsprechenden Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7) Pathologische Leistungen Kapitel 19 EBM

Abzug des zur Vergütung von pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen zu bildenden Vergütungsvolumens. Dieses ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(8) Förderungswürdige Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Es wird ein Honorarkontingent für förderungswürdige Leistungen gebildet. Das Volumen ergibt sich aus dem unter Anwendung des Trennungsfaktors gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil des mit den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Finanzvolumens gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in der 288. Sitzung am 22.12.12 (§ 5 Abs. 3 der Vergütungsvereinbarung).



Aus dem so zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden Zuschläge zu folgenden Leistungen vergütet:

- Zuschlag zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM in Höhe der jeweiligen EBM-Bewertung. Die Zuschläge werden unter Verwendung der Zusatzkennung „Z“ durch die KV zugesetzt.
- Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach der regionalen GOP 13220F für fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt in Höhe von 3,60 €. Die Pauschale kann von fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt gemäß Allgemeiner Bestimmungen des EBM 4.3.8. ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.
- Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach der regionalen GOP 24220F in Höhe von 3,50 € als Zuschlag zu den radiologischen Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungsnummern 24210 bis 24212 EBM. Die Pauschale kann von Radiologen ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden. Darüber hinaus kann die Pauschale von Radiologen nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen keine Leistungen des Kapitels 34 EBM erbracht und berechnet werden.

Die Vergütung der Zuschläge zur PFG sowie die PFG für die Fachinternisten mit Schwerpunkt und Radiologen erfolgt nach folgender Maßgabe:

1. Schritt: Ermittlung einer einheitlichen Gesamtvergütungsquote für die PFG (einschließlich Zuschläge) sowie für die PFG der Fachinternisten mit Schwerpunkt und Radiologen

PFG_{GB}	Grundbetrag „PFG“ gemäß § 9 Absatz 2 im jeweiligen Abrechnungsquartal
$PFG_{F\ddot{o}w\ddot{u}}$	Im jeweiligen Abrechnungsquartal zur Verfügung stehendes Finanzvolumen für förderungswürdige Leistungen nach Satz 2
PFG_{Anf}^{EBM}	Leistungsanforderungen des jeweiligen Abrechnungsquartals für die Pauschale der fachärztlichen Grundversorgung nach den 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM
$PFG_{Anf}^{Fachint}$	Leistungsanforderungen des jeweiligen Abrechnungsquartals für die Pauschale für fachärztliche Grundversorgung der fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt nach der regionalen GOP 13220F
$PFG_{Anf}^{Radiologen}$	Leistungsanforderungen des jeweiligen Abrechnungsquartals für die Pauschale für fachärztliche Grundversorgung der Radiologen nach der regionalen GOP 24220F
$PFG_{QGesamt}$	einheitliche Gesamtvergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM (einschließlich der mit „Z“ gekennzeichneten Zuschläge) und der regionalen GOP 13220F sowie 24220F im jeweiligen Abrechnungsquartal



Formel:

$$PFG_Q = \frac{\frac{PFG_{GB} + PFG_{EBM}^{Föwü}}{PFG_{Anf}}}{1 + \frac{PFG_{Anf}^{Fachint} + PFG_{Anf}^{Radiologen}}{PFG_{Anf}^{EBM}}}$$

2. Schritt: Ermittlung der Vergütungsquoten für die PFG und für die Zuschläge zur PFG

PFG_Q^{EBM} Vergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM

$PFG_Q^{EBMZuschlag}$ Vergütungsquote für die mit „Z“ gekennzeichneten Zuschläge zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM

Formel:

$$PFG_Q^{EBM} = \frac{PFG_{GB}}{PFG_{Anf}^{EBM}}$$

$$PFG_Q^{EBMZuschlag} = \frac{PFG_{Anf}^{EBM} \times PFG_{QGesamt} - PFG_{GB}}{PFG_{Anf}^{EBM}}$$

3. Schritt: Ermittlung der Vergütungsquoten für die PFG der Fachinternisten mit Schwerpunkt und Radiologen

$PFG_Q^{Fachint}$ Vergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung der Fachinternisten mit Schwerpunkt nach der regionalen GOP 13220F

$PFG_Q^{Radiologen}$ Vergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung der Radiologen nach der regionalen GOP 24220F

Formel:

$$PFG_Q^{Fachint} = \frac{PFG_{QGesamt}}{PFG_{Anf}^{Fachint}}$$

$$PFG_Q^{Radiologen} = \frac{PFG_{QGesamt}}{PFG_{Anf}^{Radiologen}}$$

(9) Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen

Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 sind in der Form gegenseitig verrechnungsfähig, dass im Falle der Unterschreitung eines Vergütungsvolumens nach Absätzen 5 bis 7 die nicht benötigten Mittel zur Finanzierung desjenigen Vergütungsvolumens nach Absätzen 5 bis 7 herangezogen werden, bei dem eine Überschreitung eingetreten ist.



Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Satz 1 verbleibenden Überschreitung der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 werden die Leistungen je Vergütungsvolumen entsprechend quotiert.

Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Satz 1 verbleibenden Unterschreitung der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 erfolgt eine Übertragung in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Absatz 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

§ 9b

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Der nach Abzug der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge nach § 9 und der Vorwegentnahmen nach § 9a verbleibende fachärztliche Grundbetrag wird in arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen aufgeteilt für:

1. Anästhesisten
2. Augenärzte
3. Chirurgen
4. Frauenärzte
5. Frauenärzte mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin
6. HNO-Ärzte
7. Hautärzte
8. Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt
9. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
10. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie
11. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
12. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie
13. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
14. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie
15. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
16. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
17. Nervenärzte / Neurologen
18. Psychiater
19. Kinder- und Jugendpsychiater (ohne Sozialpsychiatrie)
20. Kinder- und Jugendpsychiater (mit Sozialpsychiatrie)
21. Orthopäden
22. Urologen
23. Phoniater und Pädaudiologen
24. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
25. Neurochirurgen
26. Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
27. Humangenetiker
28. niedergelassene Radiologen / Strahlentherapeuten / Nuklearmediziner
29. fachärztliche Allgemeinärzte (je Versorgungsschwerpunkt)
30. Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen
31. Pathologen



32. ermächtigte Krankenhausärzte; jeweils getrennt für die Schwerpunkte Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Laborärzte, MKG-Chirurgen, Nervenärzte, Neurochirurgen, Orthopäden, Pathologen, ärztliche Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen
 33. ermächtigte Krankenhäuser, Institute und Nicht-Vertragsärzte
 34. Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Fachärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien
- Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ergeben sich nach Maßgabe der Anlage 2.

§ 9c

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für RLV und QZV

- (1) Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach § 9b werden vor der Bildung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche zur Honorierung der Regelleistungsvolumen (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gemäß Absatz 2 für die nachfolgend genannten Arztgruppen und Leistungen bzw. Leistungsbereiche separate Vergütungskontingente als Vorwegabzug gebildet:
Nr. 1. Für die Vergütung der Leistungen nach der GOP 06225 EBM der in § 9b Nr. 2 genannten Arztgruppe (Augenärzte).

Die Höhe der vorgenannten Vorwegabzüge aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ergibt sich nach den Vorgaben der Anlage 3 Nr. 1. Reichen die jeweiligen Vorwegabzüge zur Vergütung der entsprechenden Leistung nicht aus, so werden die Leistungen quotiert.

- (2) Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach § 9b werden für die in § 9b Nummern. 1 bis 15, 17 bis 26, 28 und 29 genannten Arztgruppen nach Berücksichtigung der Vorwegabzüge gemäß Absatz 1 in zwei separate arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche zur Honorierung der Regelleistungsvolumen (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgeteilt. Die Berechnung der beiden arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche (Honorarkontingent für Regelleistungsvolumen sowie Honorarkontingent für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen) erfolgt nach Maßgabe der Anlage 3 Nr. 2

§ 9d

Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

- (1) Für die in § 9b Nrn. 1 bis 15, 17 bis 26, 28 und 29 genannten Arztgruppen werden arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen gebildet.
- (2) Die arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen-Fallwerte sowie die daraus resultierenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen werden nach



Maßgabe der Anlage 4 für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen erhalten je rlv-relevantem Fall das Regelleistungsvolumen aus dem Bereich, in welchem sie in diesem Fall überwiegend tätig sind.

- (3) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Absatz 2 wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:
 - um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
 - um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe und
 - um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.
- (4) Die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen erfolgt entsprechend der Anlage 4 Nr. 3.
- (5) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen, ggf. unter Berücksichtigung des Zuschlages nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (h).

§ 9e

Zuteilung und Ermittlung eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt für Fachärzte

- (1) Für die in Absatz 3 aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen bzw. Teile des arztgruppenspezifischen Zusatzvolumens, wenn
 - er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht hat und
 - er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.
- (2) Die Bildung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen erfolgt nach Maßgabe der Anlagen 3 und 5.
- (3) Das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich umfasst die nachfolgenden Leistungen
 - besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - ~~dringende Besuche (GOP 01411 und 01412)~~
 - ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)



- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM
- Behandlung von Naevi flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborgrundpauschale (GOP 12225)
- die Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323)
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222)
- Gesprächsleistungen (GOP 21216, 21220 und 21222) – bei reinen Psychiatern
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19315, 19331) – ohne pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen (§ 9 Absatz 7)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
- Polysomnographie (GOP 30901)
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7 EBM
- belegärztliche Begleitleistungen
- diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282) – außer bei der Arztgruppe gemäß § 9b Nr. 28
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439 und 13677)

§ 9f

Vergütung des das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungsbedarfs

- (1) Im Rahmen der Honorarberechnung wird der nach Abzug der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge gemäß § 9 sowie der Vorwegentnahmen gemäß § 9a verbleibende fachärztliche Grundbetrag ergänzt um
 - a) die Rückstellungen für die Zunahme von Ärzten sowie für Fehlschätzungen gemäß § 9a Absatz 2 Buchstabe (a) und (e)
 - b) den Abzug für RLV-Zuschläge gemäß § 9a Absatz 3 sowie
 - c) das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung gemäß § 9a Absatz 4
 - d) nicht verbrauchte Vergütungsvolumina von Vorwegentnahmen gemäß § 9a Absatz 8.
- (2) Im Rahmen der Honorarberechnung werden darüber hinaus folgende Summen festgestellt und zusammengefasst:
 - a) die Summe der im Rahmen der jeweiligen Honorarabrechnung nach Anwendung der gegenseitigen Verrechnungsmöglichkeit gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) endgültig zuerkannten Regelleistungs- und qualifikationsgebunden Zusatzvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.



- b) die Summe der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina für Arztgruppen ohne RLV und QZV gemäß § 9g. Liegen die Honoraranforderungen dieser Arztgruppen unter dem jeweils zur Verfügung stehenden Honorarkontingent, so wird die Summe der jeweiligen Honoraranforderung herangezogen.
Die Differenz des Vergütungsvolumens nach Absatz 1 zur Gesamtsumme nach Satz 1 gilt als Ausgangsbasis zur Berechnung der abgestaffelten Vergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs.
- (3) Im Rahmen der Honorarberechnung wird des weiteren
- die nach Anwendung der gegenseitigen Verrechnungsmöglichkeit gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) verbleibende Summe der über die zuerkannten Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Leistungsanforderungen des gesamten fachärztlichen Versorgungsbereichs (fachärztliche RLV/QZV-Überschreitungen) sowie
 - die Summe der über den Vergütungsvolumina nach § 9b Nr. 16, 27 und Nr. 30 bis 34 liegenden Leistungsanforderungen
- festgestellt und zu einer Gesamtsumme zusammengefasst.
- (4) Die für das jeweilige Abrechnungsquartal maßgebliche Ausgangsbasis für die abgestaffelte Vergütung gemäß Absatz 2 wird durch die Gesamtsumme der Überschreitungen nach Absatz 3 dividiert. Es entsteht eine fachärztliche Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
- (5) Die in Absatz 3 aufgeführten Überschreitungen werden mit der fachärztlichen Quote nach Absatz 4 vergütet.

§ 9g

Vergütung der Fachgruppen ohne RLV und QZV

Die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der in § 9b Nr. 16, 27 und Nrn. 30 bis 34 genannten Arztgruppen werden aus den jeweiligen arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen vergütet. Liegen die Leistungsanforderungen über den jeweiligen Vergütungsvolumina, so werden die Überschreitungen nach § 9f Absatz 5 abgestaffelt vergütet.



Abschnitt III Sonstige Bestimmungen

§ 10

Bereinigung der RLV und QZV bei Abschluss von Selektivverträgen

Im Falle der Bereinigung des versichertenbezogenen Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach Maßgabe der Anlage 6 und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach Maßgabe der Anlage 5 Nr. 2 bereinigt.

§ 11

Inkrafttreten / Geltungsdauer

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.10.2013 in Kraft.

Abschnitt IV Änderungs-/Ergänzungsvorbehalt

Da die Auswirkungen der mit Wirkung zum 01.10.2013 in Kraft getretenen EBM-Änderungen und HVM-Anpassungen nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KV Saarland in den Quartalen 4/2013 und 1/2014 beauftragt, unter Berücksichtigung von eventuell geleisteten Ausgleichszahlungen aufgrund überproportionaler Honorarverluste (§ 8 Abs. 2 Buchstabe c) bzw. § 9a Abs. 2 Buchstabe c)) sowie etwaiger Zahlungen im Rahmen der Anlage 7 gegebenenfalls weitere angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen im Einzelfall zu verhindern oder abzuschwächen, soweit hierfür Mittel aus den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben (§ 8 Abs. 2 (b) bzw. § 9a Abs. 2 (b)) zur Verfügung stehen. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand, er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung

Saarbrücken im Mai 2014

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland

Dr. med. Dirk Jesinghaus
Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Saarland



Anlage 1

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

Berechnung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung gemäß Beschluss Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

1.1 Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.

1.2 Grundbeträge sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus dem fachärztlichen Grundbetrag. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.



Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG₃ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen ($VV_{HÄ}$ gemäß Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen ($VV_{FÄ}$ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der quartalsweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ nach Maßgabe der Nr. 8 und für den Grundbetrag „PFG“ nach Maßgabe der Nr. 9.

2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

2.2.1 Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012



F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 die an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen² der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

³ Das Ausdeckungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.



- 2.2.2** Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß Nr. 9 zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.
- 2.2.3** Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.
- Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von den Steigerungen nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.
- 2.2.4** Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. Bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 ergeben haben.
- 2.3** Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Nr. 8 und Nr. 9 gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Nr. 8 bzw. 9.

- 3.1** Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden. Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.



Eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie aus dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztlichen Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 ist diese Fortschreibung nicht auf dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.4** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.5** Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 319. Sitzung⁴ ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013. Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013



- 3.6** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Nr. 8 bzw. Nr. 9.

Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumens im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 3.7** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 7. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß Nr. 8 und 9 gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend der Anteile der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

- 5.1** Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.
- 5.2** Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den



abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum ab 1. Oktober 2014)

7. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7. und §6 bis § 6a nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

8. Vorgaben zur Ermittlung des Grundbetrages „genetische Labor“

Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) nach Beschluss Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

1. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)

1.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

- die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und
- der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.



Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

- 1.2 Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrages „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.
- 1.3 Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.
- 1.4 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)

- 2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese analog zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Anmerkungen:

Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.

9. Vorgaben zur Ermittlung des Grundbetrages „PFG“

Vorgaben zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages „PFG“ nach Beschluss Teil H der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung

- 1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“
(Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)**



Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

- 1.1 Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung⁵ verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung⁶. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs

⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.



(VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1.2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen nach 2.2.1 und 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6 Für das 1. Bis 3 Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“

(ab 1. Oktober 2014)

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese analog zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.
- 2.4 Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

3- Korrektur des Grundbetrags „PFG“

(Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der



Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.



Anlage 2
zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

**Berechnung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina
(„Fachgruppentöpfe“)
gemäß § 8b und § 9b**

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{VB}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf des jeweiligen Versorgungsbereichs in Punkten in 2008 für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des aktuellen Abrechnungsquartals, ohne Leistungen nach § 6, § 6a sowie Leistungen nach § 8 Absätze 5 bis 8 bzw. § 9, § 9a Absätze 5 bis 8, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie unter Berücksichtigung der Anpassungen nach Nr. 2. aller Arztgruppen des jeweiligen Versorgungsbereich.

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des aktuellen Abrechnungsquartals, ohne Leistungen nach § 6, § 6a sowie Leistungen nach § 8 Absätze 5 bis 8 bzw. § 9, § 9a Absätze 5 bis 8, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie unter Berücksichtigung der Anpassungen nach Nr. 2. einer Arztgruppe.

AG: Arztgruppe gemäß § 8b und § 9b

VV_{VB}^{RLV}: Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß § 8b bzw. § 9b



2. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298
Ausgliederung einer Gesprächsleistung	Fachärzte für Neurologie	1,0470
Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1213
	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	1,2425
Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	Fachärzte für - Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie	0,9974
	- Frauenheilkunde, Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,9761
	- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,9983
	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9801
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	0,9978
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	0,9989
	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
	- Urologie	0,9359



Anlage 3
zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche
(„Untertöpfe für sonstige Leistungen, sowie RLV und QZV“)
gemäß § 8c und § 9c

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vorwegabzuges für die Vergütung ärztlicher Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV_{AG})

Der Vorwegabzug aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen wird für die in § 9c Absatz 1 genannten Arztgruppen und Leistungen wie folgt ermittelt:

1. Vorwegabzug für die GOP 06225 der in § 9b Nr. 2 genannten Arztgruppe (Augenärzte):

Der Vorwegabzug errechnet sich aus der Multiplikation der im entsprechenden Vorjahresquartal 2008 jeweils abgerechneten Frequenz der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 mit der jeweiligen Differenz deren Leistungsbewertung im Jahre 2008 zur Leistungsbewertung im aktuellen Quartal und dem im jeweiligen Abrechnungsquartal geltenden Orientierungspunktwert:

Formel: Vorwegabzug₀₆₂₂₅^{Augenärzte}

$$= \sum \text{Anzahl GP}_{2008}^{\text{Augenärzte}} \times (\text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{2008} - \text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{\text{Quartal}}) \times \text{OPW}^{\text{Quartal}}$$

GP₂₀₀₈^{Augenärzte} Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2008 anerkannten Abrechnungsfrequenzen der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

EBM-Wert_{GP}²⁰⁰⁸ EBM-Wert in Punkten im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2008 der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

EBM-Wert_{GP}^{Quartal} EBM-Wert in Punkten im aktuellen Abrechnungsquartal der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

OPW^{Quartal} maßgeblicher bundesweiter Orientierungspunktwert im aktuellen Abrechnungsquartal

2. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

$$\text{RLV}_{\text{AG}} = \frac{\text{LB}_{\text{AG}}^{\text{RLV}}}{\text{LB}_{\text{AG}}} * \text{VV}_{\text{AG}}$$

LB_{AG}^{RLV}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die im aktuellen Abrechnungsquartal innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie des sich aus den Anpassungsfaktoren in Anlage 2 Nr. 2. für die entsprechende Arztgruppe ergebenden Punktzahlvolumens.

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des aktuellen Abrechnungsquartals, ohne Leistungen nach § 6, § 6a sowie Leistungen nach § 8 Absätze 5 bis 7 bzw. § 9, § 9a Absätze 5 bis 7, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in



seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 2 Nr. 2. einer Arztgruppe.

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß § 8b bzw. § 9b, ggf. nach Berücksichtigung von Vorwegabzügen nach § 9c Absatz 1

AG : RLV-relevante Arztgruppe gemäß § 8d Absatz 1 und § 9d Absatz 1

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß § 8b bzw. § 9b festzulegen.

3. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

$$QZV_{AG} = VV_{AG} - RLV_{AG}$$

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß § 8b bzw. § 9b

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß 1.



Anlage 4
zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt
gemäß § 8d und § 9d

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß § 8d bzw. § 9d

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 3, Ziffer 2.

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (f) einer Arztgruppe im Vorjahresquartal

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} * FZ_{Arzt}$$

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (f) im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß § 8d Absatz 3 bzw. § 9d Absatz 3.
Für angestellte Ärzte, die lt. Zulassungsbescheid in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt werden, wird die RLV-relevante Fallzahl des Vorjahresquartals (FZ_{Arzt}) begrenzt auf die entsprechende RLV-relevante Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahr multipliziert mit dem Faktor, mit dem der betreffende angestellte Arzt in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den § 5 Absatz 4 Buchstabe (l) festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (g) für den hausärztlichen Versorgungsbereich

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr



- j** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 76. Lebensjahr
- k** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- nf** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 4. Lebensjahr im Vorjahr
- ng** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Vorjahr
- nh** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr im Vorjahr
- ni** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr im Vorjahr
- nj** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 76. Lebensjahr im Vorjahr
- n** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen gemäß 2. eines Arztes wird im hausärztlichen Versorgungsbereich mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \times f / k + n_g \times g / k + n_h \times h / k + n_i \times i / k + n_j \times j / k}{n}$$

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

4. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (g) für den fachärztlichen Versorgungsbereich

- f** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- nf** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr
- ng** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr
- nh** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr
- n** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen gemäß 2. eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \times f / i + n_g \times g / i + n_h \times h / i}{n}$$

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



Anlage 5 zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) gültig ab 01.10.2013

Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 8e und § 9e

1. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

$$QZV_{\text{Arzt}} = \frac{LB_{\text{Arzt}}^{\text{QZV}}}{LB_{\text{AG}}^{\text{QZV}}} * QZV_{\text{AG}}$$

QZV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3, Ziffer 3

$LB_{\text{Arzt}}^{\text{QZV}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten **im Vorjahresquartal** eines Arztes derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden.

$LB_{\text{AG}}^{\text{QZV}}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten **im Vorjahresquartal** einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden.

AG: QZV-relevante Arztgruppen gemäß § 8e Absatz 1 bzw. § 9e Absatz 1

In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergibt die Summe der arztbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) das QZV der jeweiligen Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinischen Versorgungszentrums bzw. Praxis.

Für angestellte Ärzte, die lt. Zulassungsbescheid in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt werden, wird das jeweils errechnete QZV (QZV_{Arzt}) begrenzt auf das jeweilige durchschnittliche QZV-Volumen der Fachgruppe im Vorjahresquartal multipliziert mit dem Faktor, mit dem der betreffende angestellte Arzt in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

2. Berechnung des arztbezogenen Bereinigungsvolumens aufgrund von Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines Selektivvertrags mit ex-ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmenden Ärzte aufgeteilt.

BE_QZV_{AG} Auf den QZV-Leistungsumfang der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

SV_E_{Arzt} Anzahl der bei einem Arzt der Arztgruppe AG, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen hat und an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnimmt, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$SV_{\text{AG}} = \sum SV_E_{\text{Arzt}}$ Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen, die an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten



$$BE_QZV_{Arzt} = BE_QZV_{AG} \times \frac{SV_E_{Arzt}}{SV_E_{AG}} \quad \text{Auf einen einzelnen am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV}$$

Das gemäß 2. zugewiesene arztindividuelle QZV_{Arzt} wird bei an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten um den Bereinigungsbetrag BE_QZV_{Arzt} vermindert.

Sollte dieser Bereinigungsbetrag für einen Arzt sein unbereinigtes QZV_{Arzt} überschreiten, so wird das RLV dieses Arztes (ggf. zusätzlich) um den übersteigenden Bereinigungsbetrag vermindert und diesem Arzt kein bereinigtes QZV zugewiesen.

Diese Bereinigung ist für jeden betroffenen Selektivvertrag getrennt durchzuführen.



Anlage 6
zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß Beschluss Teil F der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

Bereinigung von Grundbeträgen bzw. arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen

Bei der Feststellung von Grundbeträgen bzw. der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sind gesamtvertraglich vereinbarte Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Selektivverträgen nach § 73b, 73c und 140a ff. SGB V zu berücksichtigen.

Hierzu gilt das im Folgenden beschriebene Verfahren.

1. Grundsätze für die Bereinigung

Für die Bereinigung von Honorarkontingenten bzw. von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gelten folgende Grundsätze:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für die gleichen Quartale und maximal in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen erfolgt ausschließlich hinsichtlich der von am Selektivvertrag beteiligten Versicherten in Anspruch genommenen und bereinigungsrelevanten Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
3. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
4. Im Falle einer gesamtvertraglich vereinbarten KV-übergreifenden Bereinigung wird diese Bereinigung nur für die im Bereich der KV Saarland wohnenden Versicherten durchgeführt, für die eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgenommen wurde. Die Bereinigung erfolgt dabei aus dem jeweiligen Grundbetrag (Vorwegabzüge, Vorwegentnahmen bzw. arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen), dem die zu bereinigenden Leistungen zugeordnet sind.
5. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
6. Vorbehaltlich der Regelung nach Nr. 3 betrifft die Bereinigung der Regelleistungsvolumen nur diejenigen Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Dabei werden nur diejenigen Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf berücksichtigt, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen.
7. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen gemäß § 8 Absatz 2 bzw. § 9 Absatz 2 sowie der Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundvolumen werden berücksichtigt.
8. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Maßnahmen nach § 5 Absatz 4 Buchstaben (h), (j), (k), (l), (m) und (n) sowie nach § 8d Absatz 3 bzw. § 9d Absatz 3 werden ebenfalls berücksichtigt.



8. Für den Fall einer deklaratorischen Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V ist auch eine deklaratorische Bereinigung der Regelleistungsvolumen nach den Grundsätzen der Ziffern 1. bis 7. vorzunehmen.
9. Rechnet ein Vertragsarzt Leistungen für einen Versicherten, für den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wurde ab, so werden diese Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
10. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.

2. Datengrundlage

Grundlage der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bilden die Daten gemäß Beschluss des Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 266. Sitzung am 14.12.2011 zur Änderung der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene.

3. Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen wird das nachfolgend beschriebene Verfahren nach Nr. 5 angewendet. Dieses Verfahren ist nicht auf die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen anzuwenden.

4. Datengrundlage zur Ermittlung der RLV-Bereinigung

Folgende Daten sind Grundlage der Ermittlung der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen:

- die im Rahmen der Feststellung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen erforderlichen, ohne Berücksichtigung der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen ermittelten Kennzahlen:
 - Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich RLV eines Versorgungsbereiches (RLV_AG) gemäß § 8c bzw. § 9c sowie Anlage 3,
 - Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal (FZ_Arzt) gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (f),
- die von den Krankenkassen gemäß Abschnitt II., Nrn. 2.1 bis 2.3 bzw. nach dem Verfahren der Nr. 1.3 vorletzter Absatz des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bereitzustellenden Daten,
- die von den Gesamtvertragspartnern festzustellenden versorgungsbereichsspezifischen bzw. arztgruppenspezifischen Aufstellungen der für alle Krankenkassen zu bereinigenden Summe aller Leistungsbedarfe,
- Summe der Kollektivvertragsfälle eines Arztes (FZ_Arzt_Rückkehrer) des entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres für diejenigen Teilnehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachteten Quartal wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Selektivvertrag waren,
- Summe der Vorjahresquartalsfallzahlen der im jeweiligen Quartal im Selektivvertrag gegenüber dem Vorjahresquartal neu eingeschriebenen Versicherten (FZ_Arzt_SV_neu)



bei den einzelnen an einem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung teilnehmenden Ärzten,

- Umrechnungsfaktor bei Selektivverträgen (mit ex-ante-Einschreibung) mit nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag (UF_AG_K_E),
- Anteil des Leistungsbedarfs im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teilnehmenden Ärzte (A_Arzt_K_N).

5. Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Die folgenden Schritte der RLV-Bereinigung werden getrennt für jede gemäß der Datenlieferungen nach Nr.1. von der Bereinigung betroffene Arztfachgruppe **AG** durchgeführt und liefern das bereinigte RLV **BRLV_Arzt** der Ärzte dieser Fachgruppe in einem Quartal.

1. Analog zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zunächst je Krankenkasse und ggf. je Selektivvertrag (für den Fall, dass für eine Krankenkasse mehrere Selektivverträge existieren) die insgesamt aus dem Vergütungsbereich RLV der Arztgruppe (RLV_AG) gemäß § 8c bzw. § 9c sowie Anlage 3, zu bereinigenden RLV-Vergütungsvolumen **BE_AG_K_E** für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung von Versicherten und **BE_AG_K_N** für Selektivverträge mit situativer Teilnahme ermittelt. Dazu wird die RLV-relevante arztgruppenspezifische Leistungsmenge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V mit dem regionalen Punktwert für den Regelfall bewertet.
2. Auf der Grundlage der nicht um Selektivverträge bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zunächst gemäß § 5 bis 9 das nicht selektivvertraglich bereinigte und kassenübergreifende RLV der Arztgruppe **RLV_AG**, sowie die Fallzahlen des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte dieser Arztgruppe **FZ_Arzt** und die Gesamtfallzahl aller Ärzte dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal **FZ_AG** ermittelt. Der nicht bereinigte Fallwert dieser Arztgruppe **FW_AG** ergibt sich aus der Division des RLV_AG durch die FZ_AG.
3. Sowohl die Rückkehrerfallzahlen, als auch die Bereinigungsfallzahlen werden bei Selektivverträgen mit nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag mit einem vertragspezifischem Umrechnungsfaktor **UF_AG_K_E** gekürzt. Der Umrechnungsfaktor berechnet sich als Verhältnis des durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarf im betreffenden Quartal des Jahres 2008 insgesamt je Fall.
4. Für diejenigen Versicherten, die im betrachteten Quartal wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal in einem Selektivvertrag mit ex-ante-Einschreibung waren, wird je Arzt der betrachteten Arztgruppe die Fallzahlsumme **FZ_Arzt_Rückkehrer** ihrer ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Kollektivvertragsfälle des entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres festgestellt.
5. Für jeden Arzt der Arztgruppe wird die Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen **FZ_Arzt_SV_neu** der im betreffenden Quartal gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal neu in einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung eingeschriebenen Versicherten ermittelt. Nimmt der Arzt an einem Selektivvertrag selbst nicht teil, werden die diesbezüglichen Fälle von teilnehmenden Versicherten nicht gezählt.
6. Die kollektivvertragliche bereinigte Fallzahl **FZ_BE_Arzt** der einzelnen Ärzte der Arztgruppe ergibt sich als Summe von FZ_Arzt und FZ_Arzt_Rückkehrer, die bei an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten zusätzlich um für die an Verträgen, an denen der Arzt teilnimmt, zugehörigen Fälle FZ_Arzt_SV_neu vermindert wird.



7. Der rechnerische Bereinigungsfallwert **Rech_FW_AG_B** errechnet sich als RLV_AG abzüglich der Summe von BE_AG_K_E über alle Kassen, dividiert durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle Ärzte der Arztgruppe.

$$\text{Rech_FW_AG_B} = (\text{RLV_AG} - \sum \text{BE_AG_K_E}) / (\sum \text{FZ_BE_Arzt})$$

8. Der bereinigte Fallwert **FW_AG_B** errechnet sich als Maximum des 0,975-fachen des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG und dem rechnerischen Bereinigungsfallwert Rech_FW_AG_B nach Ziffer 7. Soweit der rechnerische Bereinigungsfallwert den nicht bereinigten Fallwert übertrifft, errechnet sich der bereinigte Fallwert FW_AG_B abweichend von Satz 1 als Minimum des 1,025-fachen des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG und dem rechnerischen Bereinigungsfallwert Rech_FW_AG_B nach Ziffer 7.

$$\text{FW_AG_B} = \max(0,975 \cdot \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B}) \text{ (Satz 1)}$$

$$\text{FW_AG_B} = \min(1,025 \cdot \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B}), \text{ wenn} \\ \text{Rech_FW_AG_B} > \text{FW_AG}, \text{ (Satz 2)}$$

9. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7. ermittelte rechnerische Bereinigungsfallwert Rech_FW_AG_B mindestens das 0,975-fache und maximal das 1,025-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG beträgt, ergibt sich das bereinigte Regelleistungsvolumen eines Arztes **BRLV_Arzt** aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit der bereinigten Fallzahl FZ_BE_Arzt abzüglich der zu bereinigenden Leistungsmengen BE_AG_K_N für Selektivverträge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragspezifisch für die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte nach dem Ausmaß ihrer selektivvertraglichen Tätigkeit im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 A_Arzt_K_N aufgeteilt.

10. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7. ermittelte rechnerische Bereinigungsfallwert Rech_FW_AG_B das 0,975-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG unterschreitet oder das 1,025-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG überschreitet,

- a. wird ergänzend ein fallbezogener Restbereinigungsbetrag **B_AG_Rest** festgelegt. Der Restbereinigungsbetrag B_AG_Rest ermittelt sich aus der Differenz des bereinigten Fallwerts nach Ziffer 8. und dem rechnerischen Bereinigungsfallwert nach Ziffer 7., welche mit der Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle Ärzte der Arztgruppe multipliziert und dann durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte der Arztgruppe dividiert wird:

$$\text{B_AG_Rest} = \frac{(\text{FW_AG_B} - \text{Rech_FW_AG_B}) \times \sum_{\text{alle \u00c4rzte AG}} \text{FZ_BE_Arzt}}{\sum_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}} \text{FZ_BE_Arzt}}$$

- b. ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmenden Arztes aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit seiner um die FZ_Arzt_R\u00fcckkehrer erh\u00f6hten Fallzahl des Vorjahresquartals FZ_Arzt.

- c. ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines neben dem Kollektivvertrag an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmenden Arztes aus der Multiplikation des um den Restbereinigungsbetrag B_AG_Rest geminderten bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit der bereinigten Fallzahl FZ_BE_Arzt abzüglich der zu bereinigenden Leistungsmengen f\u00fcr BE_AG_K_N f\u00fcr Selektivverträge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragspezifisch f\u00fcr die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzte nach dem Ausma\u00df ihrer selektivvertraglichen T\u00e4tigkeit im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 A_Arzt_K_N aufgeteilt. Sollten sich dabei negative Regelleistungsvolumen ergeben, werden diese auf Null begrenzt.



3. Definitionen und Formeln

- **BE_AG_K_E:** Auf die Krankenkasse K und Arztgruppe AG entfallender Teil der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den jeweiligen Quartalen für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung von Versicherten
- **BE_AG_K_N:** Auf die Krankenkasse K und Arztgruppe AG entfallender Teil der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den jeweiligen Quartalen für Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten
- **RLV_AG:** Auf der Grundlage der nicht um Selektivverträge bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 8c bzw. § 9c ermittelter, unbereinigter, kassenübergreifender Vergütungsbereich RLV der Arztgruppe AG
- **FZ_Arzt:** Fallzahlen des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte der Arztgruppe
- **FZ_AG = Σ FZ_Arzt:** Vorjahresquartalsfallzahl aller Ärzte der Arztgruppe AG
- **FW_AG = RLV_AG / FZ_AG:** Nicht bereinigter Fallwert der Arztgruppe
- **UF_AG_K_E:** Umrechnungsfaktor für Fälle bei ex-ante-Einschreibung in Selektivverträge mit nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag, berechnet als Verhältnis des durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 insgesamt je Fall
- **FZ_Arzt_Rückkehrer:** Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Kollektivvertragsfälle des entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres bei den einzelnen Ärzten der Arztgruppe für diejenigen Teilnehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachteten Quartal wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr im Selektivvertrag waren
- **FZ_Arzt_SV_neu:** Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen der im betreffenden Quartal gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal neu im Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten bei den einzelnen Ärzten der Arztgruppe, die an einem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung teilnehmen. Fälle von in einem Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten, an dem der Arzt nicht teilnimmt, werden nicht gezählt.
- **FZ_BE_Arzt = FZ_Arzt + FZ_Arzt_Rückkehrer – FZ_Arzt_SV_neu:**
Kollektivvertragliche bereinigte Fallzahl der einzelnen Ärzte der Arztgruppe
- **Rech_FW_AG_B = (RLV_AG - Σ BE_AG_K_E) / Σ FZ_BE_Arzt:**
Rechnerischer Bereinigungsfallwert der Arztgruppe



- **FW_AG_B**: Bereinigter Fallwert der Arztgruppe:

FW_AG_B = $\max(0,975 \cdot \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B})$, wenn
 $\text{Rech_FW_AG_B} < \text{FW_AG}$ **bzw.**

FW_AG_B = $\min(1,025 \cdot \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B})$, wenn
 $\text{Rech_FW_AG_B} > \text{FW_AG}$

- **B_AG_Rest** =

$$\frac{(\text{FW_AG_B} - \text{Rech_FW_AG_B}) \times \sum \text{FZ_BE_Arzt}_{\text{alle \u00c4rzte AG}}}{\sum \text{FZ_BE_Arzt}_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}}}$$

fallbezogener Restbereinigungsbetrag, um den der bereinigte Fallwert von am Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzten ggf. zus\u00e4tzlich gemindert/erh\u00f6ht wird.

- **A_Arzt_K_N**: Vertragsspezifischer Anteil des Leistungsbedarfs der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teilnehmenden \u00c4rzte an dem Leistungsbedarf aller am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzte im entsprechenden Quartal des Jahres 2008, jeweils in der Abgrenzung des vertragsspezifischen Versorgungsauftrags

- **BRLV_Arzt** (bereinigtes Regelleistungsvolumen eines Arztes):

falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe
a. nicht greift = $\text{FW_AG_B} \cdot \text{FZ_BE_Arzt} - \sum (\text{BE_AG_K_N} \cdot \text{A_Arzt_K_N})$

falls die Begrenzung nach Nr. 1., Ziffer 11., Buchstabe
a. greift, f\u00fcr ausschlie\u00dflich am Kollektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte
= $\text{FW_AG_B} \cdot (\text{FZ_Arzt} + \text{FZ_Arzt_R\u00fcckkehrer})$

falls die Begrenzung nach Nr. 1., Ziffer 11., Buchstabe
a. greift, f\u00fcr an mindestens einem Selektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte
= $(\text{FW_AG_B} - \text{B_AG_Rest}) \cdot \text{FZ_BE_Arzt} - \sum (\text{BE_AG_K_N} \cdot \text{A_Arzt_K_N})$



Anlage 7
zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.10.2013

**Kriterien für Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit der
Festlegung der arzt-und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV)
und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)
gemäß § 5 Absatz 4 Buchstaben (k) bis (m)**

II. Allgemeine Bestimmungen

1. Geltungsbereich

Die nachfolgend aufgeführten Regelungen bestimmen die Kriterien

- a) zur Anpassung der RLV-relevanten Fallzahlen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (k)
- b) zur Gewährung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit zustehenden Regelleistungsvolumen (RLV) gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (l)
- c) zur Anpassung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (m)

2. Antragsverfahren

Sofern im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Ausnahmeregelungen ein Antrag des Vertragsarztes erforderlich ist, so kann der Antrag schriftlich oder mündlich gestellt werden. Die Angabe der Antragsgründe ist zwingend erforderlich.

Antragsfristen:

Zuerkannte Ausnahmeregelungen werden grundsätzlich ab dem Quartal berücksichtigt, in dem der Antrag gestellt wurde. Anträge, die spätestens mit der Abgabe der Quartalsabrechnung eingereicht werden, können davon abweichend auch bereits für das Quartal berücksichtigt werden, für das die Abrechnung eingereicht wurde.



II. Kriterien zur Anpassung der RLV-relevanten Fallzahlen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (k)

Die RLV-relevanten Fallzahlen gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (f) i. V. mit Anlage 4 werden unter Berücksichtigung der nachfolgenden Kriterien wie folgt angepasst:

Sachverhalt / Antragsgrund		Zu erfüllende Kriterien	Zu gewährende Ausnahmeregelung	Gültigkeit der Ausnahmeregelung
1.1	Unterdurchschnittliche Vorjahresfallzahl	<ul style="list-style-type: none">- keine- von Amts wegen (ein Antrag ist nicht erforderlich)	<ol style="list-style-type: none">1. Vorläufige RLV-Zuweisung auf Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals2. Gleichzeitig Hinweis, dass mindestens aktuelle FZ, maximal jedoch FG- Schnitt gilt	bis einschließlich 20. Quartal der Niederlassung.
1.2	Niedrigere Vorjahresfallzahl Wegen Krankheit / Mutterschutz / Elternzeit	<ul style="list-style-type: none">- Antrag der Praxis- Das Ereignis muss in der Sammelerklärung des Vorjahresquartals angegeben worden sein- Die Durchschnittsfallzahl der Praxis in den 4 Quartalen VOR dem Ereignis liegt ÜBER der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal- Der Fallzahlrückgang im Vorjahresquartal ist nachvollziehbar auf das Ereignis zurückzuführen	RLV-relevante Fallzahl wird auf aktuelle Fallzahl der Praxis angepasst	Quartale, deren Vorjahresfallzahl durch das Ereignis nicht repräsentativ war
1.3	Niedrigere Vorjahresfallzahl wegen Urlaub oder Fortbildung	--	keine Anpassung, da im Folgejahr die höhere aktuelle Fallzahl herangezogen wird	---
1.4	Niedrigere Vorjahresfallzahl Sonstige Gründe, die der Antragsteller nicht zu vertreten hat	<ul style="list-style-type: none">- Antrag der Praxis- Beurteilung und Einzelfallentscheidung des Vorstandes	Bei Zustimmung: RLV-relevante Fallzahl wird auf aktuelle Fallzahl angepasst	Einzelfallentscheidung
1.5	Höhere aktuelle Fallzahl Übernahme von Patienten umliegender Kollegen (ohne Regelung nach Nr. 1.6)	<ul style="list-style-type: none">- Antrag der Praxis- Steigerung durch Rückgang der umliegenden Praxen nachvollziehbar- Die Steigerung der RLV-relevanten Fallzahl beträgt mindestens 5% der RLV-Gesamtfallzahl der Praxis im aktuellen Quartal	RLV-relevante Fallzahl wird auf aktuelle Fallzahl der Praxis angepasst Die Steigerung der Fallzahlen zum Vorjahresquartal bleiben von der Fallwertabstaffelung nach § 8d Absatz 3 bzw. § 9d Absatz 3 unberücksichtigt	4 Quartale
1.6	Höhere aktuelle Fallzahl Gestiegene Vertreterfälle	<ul style="list-style-type: none">- Antrag des Arztes- Plausible Steigerung von Vertreterfällen ist nachgewiesen- Die Steigerung der Vertreterfälle beträgt mindestens 5% der Gesamtfallzahl im aktuellen Quartal	RLV-relevante Fallzahl wird auf aktuelle Fallzahl angepasst	beantragtes Quartal
1.7	Höhere aktuelle Fallzahl bei Genehmigung einer Zweigpraxis	<ul style="list-style-type: none">- Antrag des Arztes	RLV-relevante Fallzahl wird auf aktuelle Fallzahl angepasst	4 Quartale



III. Kriterien zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit Regelleistungsvolumen (RLV) gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (I)

1. Entscheidungsmatrix zur Feststellung von Praxisbesonderheiten

Die Beurteilung, ob im Zusammenhang mit Regelleistungsvolumen Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) zuerkannt werden können, erfolgt auf Basis der nachfolgend beschriebenen Entscheidungsmatrix. Diese enthält die statistischen Auswertungen, die als entscheidungsrelevante Kriterien zur Feststellung von Praxisbesonderheiten herangezogen werden. Die einzelnen Kriterien fließen jeweils gewichtet in die Gesamtbeurteilung ein. Die Gesamtsumme der gewichteten Einzelkriterien gibt an, ob Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) vorliegen und somit eine Erhöhung des Regelleistungsvolumens zuerkannt wird. Die Entscheidungsmatrix bezieht sich auf jeweils ein Quartal.

1.1 Kriterien zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten

Zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten werden folgende drei Kriterien herangezogen:

1. Vergleich der zu beurteilenden Praxis zum Fachgruppendurchschnitt
 2. Analyse des Regelleistungsvolumens
 3. Analyse des Leistungsspektrums für das Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden
- Dabei werden die Abrechnungsergebnisse nach sachlich-rechnerischen Richtigstellung berücksichtigt. Darüber hinaus sind Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Plausibilitätsprüfung zu berücksichtigen.

1.2 Beschreibung, Bedeutung und Gewichtung der einzelnen Kriterien

1.2.1 Kriterium 1: Vergleich zum jeweiligen Fachgruppendurchschnitt

Bedeutung:

Die zu beurteilende Praxis begehrt mit dem Antrag auf Zuerkennung von Praxisbesonderheiten ein höheres Regelleistungsvolumen als das zugewiesene RLV. Insoweit ist es von Bedeutung, ob die Praxis im Hinblick auf die unter Berücksichtigung des zugewiesenen RLV ergebene Honorarzahlung im Vergleich zur Fachgruppe benachteiligt ist. In diesem Sinne dient der Vergleich zum jeweiligen Fachgruppendurchschnitt somit der Beantwortung der Frage, ob gegenüber der Fachgruppe eine finanzielle Benachteiligung vorliegt.

Indikatoren zur Feststellung finanzieller Benachteiligungen:

Eine finanzielle Benachteiligung zur Fachgruppe wird durch den Vergleich folgender Indikatoren festgestellt:

- a) Vergleich Gesamthonorar der Praxis zum durchschnittlichen Gesamthonorar der Fachgruppe
- b) Vergleich Gesamtanforderung in € der Praxis zur durchschnittlichen Gesamtanforderung in € der Fachgruppe
- c) Vergleich Gesamtfallzahl der Praxis zur durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe
- d) Vergleich Gesamtfallwert in € (Vergütung je Fall) der Praxis zum durchschnittlichen Gesamtfallwert der Fachgruppe in € (durchschnittliche Vergütung je Fall der Fachgruppe)

Im Rahmen des Vergleichs ist Folgendes zu beachten:

In Praxen werden die jeweiligen Durchschnittswerte der Fachgruppe je Arzt entsprechend der Zahl der in der Praxis vertretenen Ärzte herangezogen. Dabei ist der jeweilige Faktor der Bedarfsplanung maßgeblich (z.B. bei 2 Ärzten gilt der doppelte Durchschnittswert, etc.)

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 1 fließt in die Gesamtbeurteilung mit einer Gewichtung von maximal 3 Punkten ein.

Dabei gilt: 3 Punkte = es liegt eine erhebliche finanzielle Benachteiligung vor
 0 Punkte = es liegt keine finanzielle Benachteiligung vor

Die einzelne Praxis wird somit je nach ausgewiesener Abweichung der vier festgelegten Indikatoren ((a) bis (d)) in einer Spanne von 0 bis 3 bewertet.



Dabei gelten folgende Annahmen:

- Zunächst werden das Gesamthonorar sowie die Gesamtleistungsanforderung der Praxis verglichen mit den jeweiligen Fachgruppendurchschnittswerten. Hierbei ergeben sich zwei prozentuale Abweichungs-Werte. Beträgt die Differenz zwischen diesen beiden Werten mehr als +10%, dann liegt eine Benachteiligung vor, die mit 3 Punkten bewertet wird. Sind die beiden Werte identisch oder ist die Differenz negativ, dann liegt keine Benachteiligung vor; die Bewertung erfolgt in diesem Fall mit 0 Punkten. Abweichungen zwischen 0% und 10% werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 und minimalen Punkte 0 linear abgestaffelt.
Beispiel 1: Das Honorar der Praxis liegt **10% unter** dem Fachgruppendurchschnitt, die Praxis fordert jedoch **5% mehr** Leistungen als der Fachgruppendurchschnitt an
=> Differenz = +15% => 3 Punkte

Beispiel 2: Das Honorar der Praxis liegt **5% über** dem Fachgruppendurchschnitt und die Praxis fordert **5% mehr** Leistungen an als der Fachgruppendurchschnitt
=> Differenz = 0% => 0 Punkte

Beispiel 3: Das Honorar der Praxis liegt **10% über** dem Fachgruppendurchschnitt, die Praxis fordert jedoch **5% weniger** Leistungen an als der Fachgruppendurchschnitt
=> Differenz = -15% => 0 Punkte
- Abweichungen zwischen 0% und 10% werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 und minimalen Punkte 0 linear abgestaffelt.
- Die vorgenannte Vorgehensweise wird insgesamt für folgende drei Vergleichsanalysen durchgeführt:
 - Vergleich Gesamthonorar zu Gesamtleistungsbedarf
 - Vergleich Gesamthonorar zu Gesamtfallzahl
 - Vergleich Fallwert in € zu Fallwert in Punkten
- Das arithmetische Mittel der drei vorgenannten Vergleichsanalysen ergibt den gesamten Gewichtungswert des Kriteriums 1.

1.2.2 Kriterium 2: Analyse des Regelleistungsvolumens

Bedeutung:

Im Rahmen der Beurteilung von Praxisbesonderheiten ist neben dem Fachgruppenvergleich nach Nr. 1.2.1 darüber hinaus von Bedeutung, ob das nach Anlage 4 zustehende Regelleistungsvolumen ausreichend hoch bemessen ist oder im Vergleich zur Fachgruppe deutlich überschritten wird. Die Analyse des Regelleistungsvolumens dient somit der Feststellung der Überschreitung des zugewiesenen Regelleistungsvolumens.

Indikatoren zur Feststellung der RLV-Überschreitung:

Die RLV-Überschreitung wird durch folgende Indikatoren festgestellt:

- a) Vergleich des zugewiesenen Gesamtregelleistungsvolumens der Praxis (zugewiesener Gesamt-Eurobetrag) zur Anforderung der Praxis in € im jeweiligen Quartal für Leistungen des Regelleistungsvolumens.
- b) Vergleich %tuelle Überschreitung des Regelleistungsvolumens der Praxis zur durchschnittlichen RLV- Überschreitung der Fachgruppe

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 2 fließt in die Gesamtbeurteilung mit einer Gewichtung von **maximal 3 Punkten** ein.

Dabei gilt: 3 Punkte = es liegt eine Benachteiligung im zugewiesenen RLV vor
 0 Punkte = es liegt keine Benachteiligung im zugewiesenen RLV vor

Die einzelne Praxis wird somit je nach ausgewiesener Abweichung in einer Spanne von 0 bis 3 bewertet.

Dabei gelten folgende Annahmen:

- Liegt die RLV-Überschreitung der Praxis um mindestens 10% über der durchschnittlichen RLV-Überschreitung der Fachgruppe, so erfolgt eine Bewertung mit 3 Punkten. Entspricht die RLV-Überschreitung mindestens der durchschnittlichen RLV-Überschreitung der Fachgruppe, so erfolgt eine Bewertung mit 0 Punkten. Abweichungen zwischen 0% und 10% werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 linear abgestaffelt.



1.2.3 Kriterium 3: Analyse des Leistungsspektrums

Bedeutung:

Praxisbesonderheiten im Sinne des § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Die Analyse des Leistungsspektrums dient somit der Identifizierung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Indikatoren zur Feststellung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. fachlichen Spezialisierung:

Die Überprüfung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung erfolgt für die Leistungen, die der Arzt in seinem Antrag auf Zuerkennung von Praxisbesonderheiten angibt. Alternativ bzw. darüber hinaus können auch Leistungen herangezogen werden, für die nach den Prüfstatistiken des Prüfungsausschusses deutliche Abweichungen zur Fachgruppe erkennbar sind und die gegenüber der Fachgruppe eine Besonderheit darstellen könnten. Die Leistungen werden auf folgende Indikatoren hin überprüft:

- a) Zahl der Praxen, in der die jeweilige Leistung innerhalb der Fachgruppe ebenfalls erbracht und abgerechnet wird.
- b) %tuelle Abweichung der einzelnen Leistung zur Fachgruppe aus der hervorgeht, wie hoch die Leistungserbringung in der Praxis im Vergleich zu den ausführenden Praxen der Fachgruppe liegt.
- c) %tualer Anteil der Gesamtanforderung der analysierten Leistungen an der Gesamtanforderung des Regelleistungsvolumens.

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 3 fließt in die Gesamtbeurteilung insgesamt mit einer Gewichtung von maximal 9 Punkten ein. Dabei wird jeder der drei genannten Indikatoren separat mit maximal 3 Punkten berücksichtigt.

Dabei gelten folgende Annahmen:

- **Für Indikator (a) „Zahl der ausführenden Praxen“**
3 Punkte = Der Antragssteller ist einziger Leistungserbringer der Fachgruppe
0 Punkte = Die Leistung wird von allen Praxen der Fachgruppe erbracht
- **Für Indikator (b) „Abweichung zur Fachgruppe“**
3 Punkte = die Abweichung zur Fachgruppe beträgt mindestens 50%
0 Punkte = die Abweichung zur Fachgruppe beträgt 0% und weniger
- **Für Indikator (c) „Anteil der Leistung am RLV“**
3 Punkte = der Anteil am RLV beträgt mindestens 50%
0 Punkte = der Anteil am RLV beträgt weniger als 0%

Für jeden Indikator gilt, dass zwischen 3 und 0 linear abgestaffelt wird.

1.2.4 **Gesamtbewertung der Entscheidungsmatrix**

Die Gesamtbewertung erfolgt in folgenden Schritten:

1. Die gewichteten Punkte der drei Kriterien werden addiert.
2. Praxisbesonderheiten liegen dann vor, wenn sich aus der Gesamtbewertung mehr als 10 Punkte aus der Analyse der Entscheidungsmatrix ergeben.



2. Zuerkennung von Praxisbesonderheiten

Für die Zuerkennung von Praxisbesonderheiten gelten folgende Regelungen:

Beantragte Praxisbesonderheit aufgrund		Zu erfüllende Kriterien	Entscheidung	Gültigkeit der Ausnahmeregelung
1.1	Besonderes Leistungsspektrum für RLV- Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Antrag - Entscheidungsmatrix weist eine Gesamtbeurteilung von bis zu 10 Punkten aus. 	ablehnen da keine Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) vorliegen	unbegrenzt
1.2	Besonderes Leistungsspektrum für RLV- Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Antrag - Entscheidungsmatrix weist eine Gesamtbeurteilung von mehr als 10 Punkten aus. 	Praxisbesonderheiten zuerkennen Zuerkennung von Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I). Die Höhe der RLV-Anpassung ergibt sich nach Maßgabe Nr. 3	4 Quartale

3. Umfang der RLV –Erhöhung bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten

Liegen Praxisbesonderheiten nach Nr. 2 für Leistungen des Regelleistungsvolumens vor, so wird das zugewiesene Regelleistungsvolumen der Praxis soweit erhöht, dass die Leistungen der Praxisbesonderheit im vollen Umfang vergütet werden. Dabei gelten folgende Berechnungsvorgaben:

PB_{Anf}^{akt} Anforderung in € im aktuellen Abrechnungsquartal der Leistungen, für die Praxisbesonderheiten anerkannt wurden

RLV_{Quote}^{anerk} RLV-Anerkennungsquote der Praxis, die sich ergibt aus dem Verhältnis des zugewiesenen Gesamt-RLVs in € der Praxis zur Gesamtanforderung in € der Praxis für RLV-Leistungen

$PB_{Ausgleich}^{akt}$ Ausgleichsbetrag der Praxis für zuerkannte Praxisbesonderheiten nach folgender Formel:

$$PB_{Ausgleich}^{akt} = PB_{Anf}^{akt} - (PB_{Anf}^{akt} \times RLV_{Quote}^{anerk})$$

Bei der Bemessung des Ausgleichsbetrages für zuerkannte Praxisbesonderheiten ($PB_{Ausgleich}^{akt}$) ist der Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungsbescheid der von der Praxisbesonderheit betroffenen angestellten Ärzte einer Praxis zu berücksichtigen.



IV. Kriterien zur Anpassung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (m)

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gemäß §§ 8e bzw. 9e werden unter Berücksichtigung der nachfolgenden Kriterien wie folgt angepasst:

Sachverhalt		Zu erfüllende Kriterien	Zu gewährende Ausnahmeregelung	Gültigkeit der Ausnahmeregelung
1.1	Ärzte, die eine QZV-Leistung im Basiszeitraum noch nicht erbracht haben bzw. bei Änderungen von Kooperationen in den in § 5 Absatz 4 Buchstabe (j) genannten Fällen	keine	Aktuelle Anforderung, maximal jedoch Zuerkennung eines durchschnittlichen QZV-Volumens der Fachgruppe für die Leistungen, die der Antragsteller erbringt. Für angestellte Ärzte, die in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt werden wird der maßgebliche Fachgruppendurchschnitt mit dem Faktor multipliziert, mit dem der angestellte Arzt in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.	4 Quartale
1.2	Zuerkanntes QZV-Budget liegt unter dem durchschnittlichen QZV-Budget der Fachgruppe	- Antrag	Erhöhung des QZV-Budgets auf aktuelle Anforderung, maximal durchschnittliches QZV-Volumen der Fachgruppe. Für angestellte Ärzte, die in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt werden wird der maßgebliche Fachgruppendurchschnitt mit dem Faktor multipliziert, mit dem der angestellte Arzt in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.	4 Quartale
1.3	Ärzte mit unzureichendem QZV	<ul style="list-style-type: none">- Antrag- Die Vergütungsquote des Gesamt-QZV der Praxis liegt mind. um 10% unter der durchschnittlichen Vergütungsquote der Fachgruppe für QZV-Leistungen- Aus der Analyse des Leistungsspektrums sind Besonderheiten zur Fachgruppe erkennbar- Es handelt sich um Leistungen, deren Erbringung mit hohen Kosten verbunden ist oder die für eine angemessene Versorgung zwingend erforderlich sind	Anpassung des QZV-Budgets in Höhe der Gesamtanerkennungsquote der Fachgruppe multipliziert mit der Anforderung der beantragten QZV-Leistung. Von dieser Erhöhung werden eventuelle Unterschreitungen im RLV und anderer QZV-Budgets abgezogen. Liegt das so errechnete Budget unter dem ursprünglichen Budget, so gilt dieses fort.	4 Quartale