

## **Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 bis 87d SGB V ab dem 3. Quartal 2011**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK Landesverband Mitte,

der IKK gesund plus,

der Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, handelnd als  
Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung sowie

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt,

## **§ 1 Anwendungsbereich**

Diese Vereinbarung regelt gemäß §§ 87 bis 87d SGB V unter Anwendung des jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die sich aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses für das Jahr 2011 ergebenden Vorgaben zur regionalen Umsetzung.

## **§ 2 Festlegung der RLV und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen**

(1) Die Partner der Gesamtverträge stellen fest, dass die im Beschluss Teil F enthaltenen Berechnungsformeln zur Festlegung arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina (RLV), der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen Anwendung auf die in Anlagen 1 und 3 genannten Ärzte und Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt finden. Die in Anlage 1 dieser Vereinbarung aufgeführten Arztgruppen ersetzen die in Anlage 2 zum Beschluss Teil F aufgeführten Arztgruppen. Die Festsetzung der gemäß Ziffer 2.1 des Beschluss Teil F in Sachsen-Anhalt geltenden QZV erfolgt in Anlage 3 dieser Vereinbarung für die dort aufgeführten Arztgruppen und QZV. Sie ersetzt die in Anlage 3 zum Beschluss Teil F Abschnitt I aufgeführten Arztgruppen und QZV.

(2) Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistungen dar.

(3) Bei der Ermittlung der RLV ist der Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(4) Entsprechend den Regelungen des Beschlusses Teil F Ziffer 3.1.4 in Verbindung mit Anlage 6 kann die KVSA bei der Festsetzung der RLV einer Arztgruppe innerhalb eines arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grund- oder Konsiliarpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Die KVSA informiert die Vereinbarungspartner über die Notwendigkeit und die Ergebnisse der erforderlichen Maßnahmen.

(5) Der Bewertungsausschuss hat in seiner 213. Sitzung eine Umbewertung der Versichertenpauschalen für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Hausärzte zum 01.07.2010 beschlossen. Die sich daraus ergebenden Veränderungen der Leistungsbedarfe der Haus- und Kinderärzte werden bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß Anlage 6 zum Beschluss Teil F Abschnitt I insofern berücksichtigt, dass die sich daraus ergebenden Veränderungen dem Leistungsbedarf der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte hinzugerechnet bzw. dem Leistungsbedarf der Hausärzte abgezogen wird.

### § 3

#### Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

(1) Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten entsprechend § 3 Absatz 6 b) und/oder c) von der Minderung des Fallwertes entsprechend Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 abgewichen werden, sofern der individuelle Fallwert des Arztes den Fallwert der Arztgruppe überschreitet.

(2) Gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 findet für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, die Fallwertabstufung keine Anwendung.

(3) Bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, in dem für diese Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Abschnitt I., Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist, können auf Antrag des Arztes Leistungen über das RLV/QZV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

(4) Ausnahmen von der Abstufung der Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.5 können bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Zahl der behandelten Versicherten auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA entsprechend dem hier festgelegten Verfahren gewährt werden.

(5) Dem Antrag sind geeignete Nachweise für die vom Antragsteller vorgetragene Gründe hinzuzufügen. Die in der KVSA vorliegenden Nachweise wie Sammelerklärung, Abwesenheitsmitteilung, Krankheitsmeldung, Nachweis von Mutterschutzzeiten, Beschlüsse des Zulassungsausschusses u. Ä. werden entsprechend herangezogen.

(6) Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund

a) urlaubsbedingter Vertretung

- wenn die RLV-Fallzahl und/oder QZV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals grundsätzlich um mehr als 20 % übersteigt

b) krankheitsbedingter Vertretung

- wenn die RLV und/oder QZV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals grundsätzlich um mehr als 15 % übersteigt.

Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen. Die für das RLV/QZV zugrunde zu legende Fallzahl des Antragstellers ist um die in Punkt a) bzw. b) übersteigende RLV und/oder QZV-Fallzahl zu erhöhen.

c) der Aufgabe oder des Ruhens einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit mit gleichem oder ähnlichem Versorgungsauftrag in der näheren Umgebung des Antragstellers, wenn die RLV und/oder QZV-Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Quartal die RLV und/oder QZV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals in versorgungsrelevantem Umfang übersteigt.

Liegen diese Voraussetzungen vor, erhält der antragstellende Arzt, die entsprechende RLV-Fallzahl anerkannt.

d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren RLV und/oder QZV-Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV und/oder QZV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe:
  - o Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von grundsätzlich mehr als 10 Arbeitstagen, Schwangerschaft, Mutterschutz und andere nachvollziehbare Ursachen in Betracht. Voraussetzung einer Entscheidung in diesen aufgeführten Fällen ist, dass geeignete Nachweise durch den Antragsteller erbracht werden. Bei Verringerung der Praxistätigkeit ist der eingeschränkte Umfang der Sprechstunden nachzuweisen.
  - o Berücksichtigung findet auch eine RLV und/oder QZV-Fallzahlsteigerung infolge einer erstmaligen Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen. Für die Entscheidung heranzuziehen ist der aktuelle Beschluss des Zulassungsausschusses.

Die Anpassung der sich daraus ergebenden RLV und/oder QZV-Fallzahl erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

#### **§ 4 Ermittlung der QZV je Arzt**

(1) Die QZV werden gemäß Anlage 8 Punkt 2 Variante A 2.2 zum Beschluss Teil F Abschnitt I des Bewertungsausschusses je Leistungsfall berechnet und zugewiesen. Abweichend davon wird das QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ gemäß Anlage 8 Punkt 2 Variante B zum Beschluss Teil F Abschnitt I des Bewertungsausschusses als Volumen pro Arzt berechnet und zugewiesen.

(2) Die QZV werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte einer Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt.

(3) Gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.3 erfolgt die Festlegung der QZV in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2010 der in einem QZV enthaltenen Leistungen.

(4) Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs im jeweiligen Quartal 2010 des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor (KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV zum durchschnittlichen Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe. Dabei ergibt der durchschnittliche Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe den KF 1. Die so errechneten KF des Arztes werden bei der Berechnung der ihm jeweils zuzuweisenden QZV auf den Fallwert in Euro angewandt. Abweichend davon wird für die QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ der KF aus dem Verhältnis der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals gebildet und auf das Volumen je Arzt angewandt. In begründeten Einzelfällen kann eine Anpassung des KF auf Antrag des Arztes erfolgen.

(5) Von der gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.3 in Verbindung mit Anlage 8 festgelegten Berechnungsweise können die Vereinbarungspartner abweichen, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein QZV berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist. In diesen Fällen können die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit ermittelten Werte für die entsprechenden QZV verwendet werden.

(6) Werden Leistungen der QZV neu erbracht (z. B. bei Neuerteilung einer Genehmigung), erfolgt die Zuweisung erst mit der Honorarabrechnung, erstmalig in dem Quartal in dem die betreffende(n) Leistung(en) erbracht worden ist (sind). Insofern erfolgt die Berechnung der Höhe des QZV anhand der im jeweils geltenden Abrechnungsquartal QZV-relevanten Leistungsfälle nach erfolgter sachlich rechnerischer Berichtigung. Für das zutreffende QZV findet der KF 1 Anwendung. Diese Regelung gilt für max. 6 Quartale seit Abrechnung der Leistung(en). Im 7. Quartal der Leistungserbringung wird der Durchschnitt des 1. bis 3. Quartals der Leistungserbringung herangezogen. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV oder den RLV/QZV anderer Ärzte der Praxis ist für das betreffende QZV in den ersten 6 Quartalen der Leistungserbringung nicht möglich. Im Übrigen findet Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(7) Die in den QZV festgelegten Gebührenordnungspositionen setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen Gebührenordnungspositionen zusammen. Bei der Erbringung und Abrechnung der betreffenden Leistungen sind sowohl die Bestimmungen des EBM als auch die berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten.

## **§ 5**

### **Sonderregelungen für bestimmte Leistungen**

(1) Für die Leistungen des Kapitels 31 EBM und die belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM wird eine Ausgabenobergrenze über alle Krankenkassen festgelegt. Diese Ausgabenobergrenze wird auf die 4 Quartale des Jahres 2011 verteilt. Für das 1. Quartal 2011 erfolgt dabei die Vergütung der Leistungen auch bei einer Überschreitung der Ausgabenobergrenze ohne Quotierung. In Umsetzung des § 5 Abs. 2 der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2011 erfolgt für das 2. bis 4. Quartal 2011 bei Überschreitung der Ausgabenobergrenze eine quartalsweise Quotierung der Vergütung der Leistungen. Eine Überschreitung der Ausgabenobergrenze des 1. Quartals 2011 wird zu je einem Drittel mit den Ausgabenobergrenzen der Quartale 2/2011 bis 4/2011 verrechnet. Eine Verrechnung von Überschreitungen mit den RLV oder den QZV erfolgt nicht.

(2) Zur Umsetzung der Ausgabenobergrenze wird im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen des Kap. 31 gebildet. Basis des Honorarvolumens bildet die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge des Vorjahresquartals der Leistungen des Kap. 31 unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen des Kap. 31 des EBM.

(3) Zur Umsetzung der Ausgabenobergrenze wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 (postoperative Überwachung) gebildet. Basis des Honorarvolumens bildet die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge des Vorjahresquartals der Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung, einer Steigerung von 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 des EBM.

(4) Darüber hinaus wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 des EBM (postoperative Behandlung und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) auf Basis der tatsächlich abgerechneten Leistungsmenge des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung, einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze gebildet. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens der Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 des EBM.

(5) Für die Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.2, 36.2, 36.5.2 und 36.6 erfolgt die Bildung eines arztindividuellen Honorarvolumens auf der Basis des tatsächlich durch den Arzt im Vorjahresquartal abgerechneten Honorarvolumen o. g. Leistungen unter Beachtung der Versichertenentwicklung und der zu bildenden Rückstellungen für Besonderheiten (z. B. Anfänger) sowie einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.2, 36.2, 36.5.2 und 36.6 des EBM bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(6) Abweichend von Abs. 5 wird ein arztindividuelles Honorarvolumen auf der Basis des tatsächlich durch den Facharzt für Anästhesiologie im Vorjahresquartal abgerechneten Honorarvolumens der Leistungen der Kap. 31.5.3, 36.5.3 und 31.2 unter Beachtung der Versichertenentwicklung und der zu bildenden Rückstellungen für Besonderheiten (z. B. Anfänger) sowie einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus den Vorquartalen zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze gebildet. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.3 und 36.5.3 des EBM bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(7) In Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen (im Folgenden Praxen genannt) in denen mehr als einem Arzt ein individuelles Honorarvolumen zugewiesen wurde, erfolgt eine praxisbezogene Verrechnung der zugewiesenen Honorarvolumen. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen bis zum Erreichen des praxisindividuellen Honorarvolumens.

(8) Ärzte, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen oder mit der Erbringung der Leistungen der Abs. 5 oder 6 beginnen, erhalten für max. 4 Quartale nach Aufnahme der Tätigkeit bzw. nach Beginn der Leistungserbringung das durchschnittliche Honorarvolumen der Arztgruppe des Vorjahresquartals auf Basis der entsprechenden Leistungen der in Abs. 5 oder 6 genannten Leistungen der jeweiligen RLV-Arztgruppe unter Beachtung der Versichertenentwicklung und zu bildender Rückstellungen, einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(9) Für die in Sachsen-Anhalt vereinbarten Wegegelder wird eine Ausgabenobergrenze auf der Basis des Jahres 2009 festgelegt. Sollte die festgelegte Ausgabenobergrenze überschritten werden, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der abgerechneten Wegepauschalen.

(10) Für die Vergütung der Hausbesuchsleistungen nach den Leistungen 01410, 01413 und 01415 EBM werden Rückstellungen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.1.2 auf der Basis der Anzahl der im Vorjahresquartal erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der durch den Bewertungsausschuss angepassten Vergütungshöhe gebildet. Bei Überschreitung des Rückstellungsbetrages finden § 12 Abs. 3 und Abs. 6 Anwendung.

## **§ 6**

### **Sonderregelungen für bestimmte Arztgruppen**

In Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 248. Sitzung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten bestimmter Arztgruppen wird für die Arztgruppen Fachärzte für Augenheilkunde, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie eine Anpassung der Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.1.3 in Verbindung mit Anlage 5 vorgenommen. Für diese Arztgruppen wird abweichend von Anlage 5 1. des Beschlussteil F anstelle des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten aus 2008 der durchschnittliche Leistungsbedarf in Punkten aus den entsprechenden Quartalen 2008 und 2010 gebildet und die weiteren Berechnungen entsprechend dem Beschluss Teil F durchgeführt.

## **§ 7**

### **RLV/QZV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform**

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, wird gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.6 zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals verwendet. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(2) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit auf- und eine Praxis übernehmen, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers verwendet. In den ersten vier Quartalen der Aufnahme der vertragärztlichen Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorjahresquartals, im 2. Jahr der Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorvorjahresquartals verwendet, soweit dessen Fallzahl im jeweiligen Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe im entsprechenden Quartal übersteigt. Unterschreitet die Fallzahl des Vorgängers die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals bzw. Vorvorjahresquartal, wird die jeweilige durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des entsprechenden Quartals verwendet. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(3) Abweichend von Abs. 1 und 2 wird für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von vier Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes/der Einrichtung des Vorjahresquartals die tatsächliche RLV-Fallzahl des Arztes/der Einrichtung des jeweiligen Abrechnungsquartals verwendet. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(4) Auf Antrag des Arztes gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1 und nach Genehmigung durch die KVSA kann auf die Anfängerregelung insoweit verzichtet werden, als anstelle der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe je Arzt des Vorjahresquartals oder die des Vorgängers herangezogene RLV-Fallzahl die tatsächliche RLV-Fallzahl des Arztes verwendet wird. Diese Regelung gilt maximal für acht Quartale ab Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(5) Die Berechnung der Leistungsfallzahlen für die QZV gem. Beschluss Teil F, Abschnitt I, Ziffer 3.3 in Verbindung mit Anlage 8 Ziffer 2 des Beschlusses Teil F Abschnitt I erfolgt entsprechend Abs. 1 bis 4.

(6) Für die QZV eines Arztes, der die vertragsärztliche Tätigkeit aufnimmt, gilt unabhängig davon, ob er die Praxis neu gründet oder eine Praxis übernimmt, der KF 1 über einen Zeitraum von maximal acht Quartalen seit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV oder den RLV/QZV anderer Ärzte der Praxis ist für das betreffende QZV in diesem Zeitraum nicht möglich. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(7) Abweichend von Abs. 6 wird für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, zur Berechnung der durch die Änderung betroffenen QZV über einen Zeitraum von vier Quartalen der KF 1 verwendet. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV ist für das betreffende QZV in diesem Zeitraum nicht möglich. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(8) Auf der Grundlage des Beschlusses Teil F Abschnitt I Ziffer 1.3.1 erfolgt die Berechnung des Aufschlages für die RLV und verrechnungsfähigen QZV für alle standort- und fachgleich in einer Praxis/MVZ/Einrichtung tätigen Ärzte in Höhe von 10 Prozent. Die RLV und verrechnungsfähigen QZV der fachungleich oder fachgleich und standortübergreifend tätigen Ärzte der Praxis/MVZ/Einrichtung, werden bei der Berechnung des Aufschlags nur dann berücksichtigt, wenn der Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis/MVZ/Einrichtung mehr als 10 Prozent beträgt. Die Höhe des Aufschlags richtet sich dann entsprechend den Regelungen des Beschlusses Teil F Abschnitt I 1.3.1 b) oder c).

(9) Bei Änderung der Zusammensetzung einer Praxis/MVZ/Einrichtung mit mehr als einem Arzt erfolgt die Berechnung des KG auch dann auf der Grundlage des Vorjahresquartals, wenn sich die Zusammensetzung hinsichtlich der in der Praxis/MVZ/Einrichtung vertretenden RLV-Arztgruppen nicht verändert und weiterhin mehr als ein Arzt, der den RLV unterliegt, in der Praxis/MVZ/Einrichtung tätig ist. Abs. 8 gilt entsprechend.

(10) Erfolgt die Neubildung einer Kooperation oder eine Veränderung in der Zusammensetzung der Kooperation in der Form, dass sich die in der Praxis/MVZ/Einrichtung vertretenden RLV-Arztgruppen zum Vorjahresquartal verändern, wird der KG für max. 4 Quartale seit Änderung bzw. Bildung der Kooperation, an Hand der jeweils aktuellen Abrechnungen ermittelt und mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals ausgewiesen. Die Zuweisung der RLV/QZV erfolgt ohne Berücksichtigung eines Aufschlages. Absatz 8 gilt entsprechend.

## **§ 8**

### **Praxisbesonderheiten**

(1) Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Ziffer 3.7 vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA für einen befristeten Zeitraum unter Berücksichtigung einer Überprüfung der Fallzahlentwicklung.

(2) Es erfolgt eine Überprüfung der Praxisbesonderheiten hinsichtlich eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen.

## **§ 9**

### **Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten**

(1) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.8 vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

(2) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Jahr 2011 grundsätzlich um mehr als 15 % gegenüber dem Vergleichsquartal des Jahres 2008, kann die KVSA auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultiert oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

- a. Die Überprüfung der Honorarentwicklung vor und nach Einführung des RLV erfolgt jeweils zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2008. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Quartalen identisch ist.
- b. Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultieren. Unberücksichtigt bleiben demnach z. B. Kosten gemäß Kapitel 32 und 40.

Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Vergleichs quartals des Jahres 2008.

## **§ 10**

### **Information über Einzelfälle**

In den Fällen gem. §§ 3, 7-9 dieser Vereinbarung informiert die KVSA die Vertragspartner monatlich über die von ihr getroffenen Anpassungen der RLV durch Übermittlung des Namens des Arztes, des angepassten RLV sowie des Grundes für die Änderung. Wenn mehr als 30 % einer Arztgruppe positiv beschieden werden, stimmen die Vertragspartner die Ursachen und ggf. daraus abzuleitende Maßnahmen der Honorarverteilung ab. Darüber hinaus können die Vertragspartner in begründeten Einzelfällen eine tiefer gehende Analyse der getroffenen Entscheidungen einfordern.

## **§ 11**

### **Bereinigung der RLV bei Selektivverträgen**

Die maßgeblichen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der RLV und QZV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V sind umzusetzen.

## **§ 12 Rückstellungen/ Vorwegabzüge**

- (1) Die KVSA verwendet die Mittel der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Rückstellungen/Vorwegabzügen gem. Anlage 2 und zur Berechnung der RLV und QZV gemäß den Beschlüssen Teil G und F.
- (2) Die zur Verfügung stehenden Mittel der in Anlage 2 unter 1. aufgeführten Leistungsbereiche sind untereinander nicht verrechnungsfähig.
- (3) Die in Anlage 2 unter 2. und 3. aufgeführten Rückstellungen und Vorwegabzüge sind innerhalb der jeweiligen Versorgungsbereiche untereinander verrechnungsfähig.
- (4) Sollten die in Anlage 2 unter 1. zur Verfügung stehenden Mittel zur Vergütung des jeweiligen Leistungsbereiches nicht ausreichen, können ggf. nicht ausgeschöpfte Mittel gemäß Anlage 2 Nr. 2. und 3. aus dem jeweiligen Versorgungsbereich im gleichen prozentualen Zuführungsverhältnis gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 des Beschlusses Teil F Abschnitt I bereitgestellt werden. Dabei erfolgt die Zuführung maximal in Höhe des niedrigsten Betrages eines Versorgungsbereiches.
- (5) Werden darüber hinaus Mittel der Versorgungsbereiche nicht ausgeschöpft, werden diese bei der Berechnung der RLV und QZV des jeweiligen Versorgungsbereiches des Folgequartals herangezogen.
- (6) Ist eine Vergütung der in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche trotz der o. g. Verrechnungsmöglichkeit nicht zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung gegeben, verständigen sich die Vereinbarungspartner unter Beachtung des Grundsatzes gem. Beschluss Teil F I 2. Absatz und Beschluss Teil G Ziffer 4 umgehend.

## **§ 13 Aufgaben der KVSA**

- (1) Gemäß § 87b Absatz 5 SGB V obliegt der KVSA die Zuweisung der RLV/QZV und/oder der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen an den Arzt gem. Anlage 1 oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, sowie der jeweils regional geltenden Preise. Die dafür notwendigen Vorgaben werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt geregelt.
- (2) Die KVSA übermittelt den Krankenkassen quartalsweise zeitnah die dem Arzt zugewiesenen RLV und QZV.

**§ 14**  
**Geltungszeitraum**

Diese Vereinbarung ersetzt die Vereinbarung vom 25.02.2011 und tritt am 01.07.2011 in Kraft und endet am 31.12.2011.

**§ 15**  
**Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vereinbarungspartner, eine solche Ersatzregelung zu treffen, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vereinbarungspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

**Unterschriftenseite Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des  
Bewertungsausschusses ab dem 3. Quartal 2011**

Magdeburg, den 29. April 2011

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt

---

AOK Sachsen-Anhalt

---

BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

---

IKK gesund plus

---

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

---

LKK Mittel- und Ostdeutschland  
handelnd als Landesverband

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt