

**Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des
Bewertungsausschusses nach § 87 b Abs. 4 SGB V vom 22. September 2009
für das Jahr 2010**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt,

dem IKK Landesverband Sachsen-Anhalt,

der Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

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

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Gmünder ErsatzKasse (GEK)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt,

§ 1 Präambel

Diese Vereinbarung regelt gemäß §§ 87 bis 87c SGB V unter Anwendung des jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die sich aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 bezüglich der Berechnungen der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (RLV) sowie den Rückstellungen und sich darüber hinaus ergebende Vorgaben zur regionalen Umsetzung.

Die Vertragspartner erwarten aufgrund der Ankündigungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 Änderungen zum 1. April 2010 insbesondere zu folgenden Punkten:

- Einführung von Fallwertzuschlägen zum RLV gem. Beschlussteil F Anlagen 1 und 2 zum Abschnitt I,
- Weitere Anpassungen der Vorgaben zur Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs,
- Maßnahmen zur Stabilisierung der Höhe der RLV, z. B. durch Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen.

§ 2 Festlegung der RLV und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

(1) Die Partner der Gesamtverträge stellen fest, dass die im Beschlussteil F enthaltenen Berechnungsformeln zur Festlegung arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina und zeitbezogener Kapazitätsgrenzen Anwendung auf die in Anlage 1 genannten Ärzte und Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt finden.

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

§ 3 Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

(1) Aus Sicherstellungsgründen kann in nachfolgend begründetem Einzelfall auf Antrag des Arztes von der Minderung des Fallwertes entsprechend Beschlussteil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 abgewichen werden:

- (a) bei Tätigkeit eines Arztes in einer Region, die durch den Landesausschuss als unversorgt, drohend unversorgt oder mit lokalem Versorgungsbedarf definiert ist oder
- (b) bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten entsprechend § 3 (4) b) und/oder c), sofern der individuelle Fallwert des Arztes den Fallwert der Arztgruppe überschreitet.

(2) Ausnahmen von der Abstaffelung der Preise gemäß Beschlussteil F Abschnitt I Ziffer 3.4 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.

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

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

- a) urlaubsbedingter Vertretung
 - wenn die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals um mehr als 20 % übersteigt
- b) krankheitsbedingter Vertretung
 - wenn die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals um mehr als 15 % übersteigt.

Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen. Die für das RLV zugrunde zu legende Fallzahl des Antragstellers ist um die in Punkt a) bzw. b) übersteigende RLV-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-Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Quartal die RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals um mehr als 10 % übersteigt.

Liegen diese Voraussetzungen vor, erhält der antragstellende Arzt, die über 110 % des Vorjahresquartals liegende RLV-Fallzahl anerkannt.

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

- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe:
 - o Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von 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-Fallzahlsteigerung infolge einer erstmaligen Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen. Für die Entscheidung heranzuziehen ist der aktuelle Beschluss des Zulassungsausschusses. Ausgenommen sind die Leistungen des Hausarztes, die nicht dem RLV unterliegen oder über Fallwertzuschläge vergütet werden.

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

§ 4 RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, wird gemäß Beschlussteil F Abschnitt I Ziffer 3.5 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 Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

(2) Für Ärzte gemäß Anlage 1 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 Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

(3) Die Berechnung der Fallzahlen für die Fallwertzuschläge gem. Beschlussteil F, Abschnitt I, Anlage 1 Ziffer 5 und 6 erfolgt entsprechend Abs. 1 bzw. 2.

(4) Abweichend von Abs. 1 bis 3 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 Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

Für ermächtigte Fachärzte für Radiologie werden Basisfallwerte und leistungsbereichsbezogene Fallwerte gem. § 10 gewährt. Die für diese Berechnung erforderlichen RLV-Fallzahlen des entsprechenden Leistungsbereiches werden bei Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen einer Ermächtigung oder bei einer wesentlichen Änderung des Ermächtigungsumfangs aus den RLV-Fallzahlen des betreffenden Leistungsbereiches des jeweiligen Abrechnungsquartals ermittelt. Diese Regelung gilt für maximal 4 Quartale seit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der wesentlichen Änderungen des Beschlusses. Die Fallwertabstaffelung gem. Abschnitt I. 3.2.1 des Beschlussteils F findet auch für die betreffenden Leistungsbereiche Anwendung. Im Übrigen findet der Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

(5) 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 Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

(6) Für Fachärzte für Radiologie werden Basisfallwerte und leistungsbereichsbezogene Fallwerte gem. § 10 gewährt. Die für diese Berechnung erforderlichen RLV-Fallzahlen des entsprechenden Leistungsbereiches werden bei Übernahme einer Praxis aus den RLV-Fallzahlen des betreffenden Leistungsbereiches des Vorgängers ermittelt, soweit diese oberhalb des Arztgruppendifferschnittes liegt. Für den Fall, dass die RLV-Fallzahl des Leistungsbereiches des Vorgängers unterhalb des Arztgruppendifferschnittes für den betreffenden Leistungsbereich liegt, wird die Höhe des Arztgruppendifferschnittes herangezogen. Diese Regelung gilt für maximal 8 Quartale seit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Fallwertabstaffelung gem. Abschnitt I. 3.2.1 des Beschlussteils F findet auch für die betreffenden Leistungsbereiche Anwendung. Im Übrigen findet der Beschlussteil F entsprechende Anwendung.

§ 5 Praxisbesonderheiten

Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten gemäß Beschlussteil F Abschnitt I. Ziffer 3.6 vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA für einen befristeten Zeitraum unter Berücksichtigung einer Überprüfung der Fallzahlentwicklung.

Es erfolgt eine Überprüfung der Praxisbesonderheiten hinsichtlich eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt, soweit bei dem Arzt bisher keine Unwirtschaftlichkeit festgestellt wurde. In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden, wenn die fehlende Vergleichbarkeit von Leistungen innerhalb der Arztgruppe vorliegt und/oder ein Arzt ein besonderes Leistungsspektrum innerhalb der Arztgruppe erbringt und dieses auch im Vorjahr durch ihn erbracht wurde.

- 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. Davon ausgenommen sind die Leistungen des Hausarztes, die nicht dem RLV unterliegen oder über Fallwertzuschläge vergütet werden.

Der arztgruppenspezifische Fallwert des Arztes wird um 70 % des den arztgruppenspezifischen Fallwertes übersteigenden Betrages erhöht. In begründeten Fällen kann davon abweichen werden.

§ 6 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

(1) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Beschlussteil F Abschnitt I Ziffer 3.7 vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

(2) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Jahr 2010 um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, 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 Vorjahresquartal. 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 eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Vorjahresquartals.

§ 7 Information über Einzelfälle

In den Fällen gem. §§ 3, 4, 5 und 6 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.

§ 8 Bereinigung der RLV bei Selektivverträgen

(1) Gem. Beschlussteil F Abschnitt I. Ziffer 5 können die Partner der Gesamtverträge die Ermittlung und Festsetzung der RLV kassen- oder kassenartenbezogen durchführen, wenn eine Krankenkasse oder die gesamte Kassenart Verträge gemäß §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V abgeschlossen hat. Die Ermittlung und Festsetzung der RLV erfolgt dann je Arzt getrennt für die beteiligte Arztgruppe und beteiligte Kasse bzw. Kassenart. Für die übrigen Krankenkassen werden arztgruppenspezifische RLV gemeinsam und einheitlich je Arzt ermittelt und festgesetzt.

(2) Kommt eine Einigung zwischen den Partnern der Gesamtverträge gemäß Abs. 1 nicht zu Stande, sind im Fall von Verträgen nach Abs. 1 die RLV der teilnehmenden Ärzte praxisindividuell um die mit der Zahl der Versicherten und dem jeweiligen Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73c Abs. 3 und § 140 a SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern.

Die hierzu gefassten Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind umzusetzen.

§ 9 Rückstellungen/ Vorwegabzüge

Die in Anlage 2 festgelegten Rückstellungen/Vorwegabzüge werden gleichmäßig auf die Quartale des Jahres 2010 verteilt.

(1) Die KVSA verwendet die Mittel der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Rückstellungen/Vorwegabzügen gem. Anlage 2 Ziffer 2 und 3 und zur Berechnung der RLV gemäß den Beschlussteilen G und F.

(2) Die Leistungen des Abschnitts 32.1 und 32.2 des EBM werden auf der Grundlage des Beschlussteils F II. 1. über einen versorgungsbereichsübergreifenden gesondert gebildeten Vorwegabzug vergütet. Die Berechnung der Höhe des Vorwegabzuges des Abschnitts 32.2 erfolgt auf der Basis der prozentualen Anteile des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs für die Leistungen des Abschnitts 32.2 des Jahres 2007. Gleichermaßen gilt auch für die Leistungen des Abschnitts 32.1. Sollte das zur Verfügung stehende Finanzvolumen gem. Anlage 2 für die Leistungen der Abschnitte 32.1 und 32.2 des EBM nicht ausreichen, erfolgt eine Vergütung der Leistungen des Abschnitts 32.1 des EBM in Höhe des anerkannten Wirtschaftlichkeitsbonus. Für die Leistungen des Abschnitts 32.2 des EBM erfolgt eine einheitliche Quotierung der abgerechneten Leistungen. Nicht verwendete Mittel fließen entsprechend den prozentualen Anteilen des Jahres 2007 dem jeweiligen Versorgungsbereich zu.

(3) Die Mittel gem. Absatz 1 und Abs. 2 sind innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig.

(4) Nicht ausgeschöpfte Mittel gem. Abs. 1 und Abs. 2 fließen dem Vorwegabzug für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen des entsprechenden Versorgungsbereiches zu.

(5) Nicht verwendete Beträge werden zur Berechnung der RLV der entsprechenden Versorgungsbereiche des Folgequartals herangezogen.

(6) Zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM werden aus der MGV die in Anlage 2 Ziffer 1 genannten Mittel als Vorwegabzug gem. Beschlussteil F gebildet.

(7) Nach der tatsächlichen Abrechnung des 1. Quartals 2010 überprüfen die Vertragspartner die Fortführung der Regelungen dieses Paragrafen und verstündigen sich ggf. über notwendige Anpassungen.

§ 10

Sonderregelungen zur Fallwertermittlung bei Fachärzten für Radiologie

(1) Auf der Grundlage des Beschlussteils F II 1. in Verbindung mit Anlage 1 zum Beschlussteil F, Abschnitt I. 2. erfolgt für Fachärzte für Radiologie im Rahmen der Berechnung der RLV anstelle der Berechnung des arztgruppenbezogenen RLV-Fallwertes die Berechnung eines arztgruppenbezogenen Basisfallwertes und arztgruppenbezogene Fallwerte für Leistungsbereiche jeweils getrennt für die Leistungen der Abschnitte 34.2.9, 34.3, 34.4 und 34.5 des EBM.

(2) Die Berechnung des RLV für die Leistungen, die dem Basisfallwert unterliegen, erfolgt entsprechend Beschlussteil F I. 3.2.1.

(3) Das für den berechtigten Arzt zutreffende RLV der betreffenden Leistungsbereiche gem. Abs. 1 berechnet sich für den betroffenen Arzt, in dem die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals der entsprechenden Leistungsbereiche gem. Abs. 1 mit den durchschnittlichen Fallwerten der Arztgruppe für die jeweiligen Leistungsbereiche gem. Abs. 1 multipliziert werden. Die Fallwertabstaffelung entsprechend Beschlussteil F I. 3.2.1 Satz 3 und Satz 4 findet auch für die Fallwerte der jeweiligen Leistungsbereiche Anwendung.

(4) Die RLV-Fallzahlen des Arztes der Leistungsbereiche der Abschnitte 34.2.9, 34.3, 34.4 und 34.5 ergeben sich durch Division der RLV-Fallzahlen der Praxis des Vorjahresquartals durch die zur Erbringung der jeweiligen Leistungsbereiche berechtigten Ärzte. Anträge der Praxis auf der Grundlage des § 3 Abs. 4, die sich auf Ärzte der gleichen Praxis beziehen, sind ausgeschlossen.

Das Gesamt-RLV des Arztes ergibt sich aus der Summe des RLV unter Verwendung des Basisfallwertes und der ggf. für diesen Arzt zutreffenden RLV entsprechend den Fallwerten zu den Leistungsbereichen gem. Abs. 1. Im Übrigen gelten die Regelungen des Beschlussteils F und dieser Vereinbarung entsprechend.

§ 11 Steuerung der freien Leistungen

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, jedoch von den Krankenkassen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, werden einer Steuerung unterzogen. Dadurch soll eine Stabilisierung der Höhe der RLV erreicht und einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegengewirkt werden. Die Steuerung betrifft alle in Anlage 2 Punkt 3 aufgeführten Leistungen und Leistungsbereiche der Zeilen 1, 2, 9.3 bis 29. Für diese Leistungen werden entsprechend Anlage 2 Obergrenzen in Euro getrennt für den hausärztlichen Versorgungsbereich und den fachärztlichen Versorgungsbereich festgelegt. Werden die Obergrenzen der jeweiligen Leistungen/Leistungsbereiche bei Abrechnung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich im betreffenden Abrechnungsquartal des Jahres 2010 überschritten, so wird jeweils getrennt für jede Obergrenze des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs eine Quotierung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vorgenommen, sodass die Obergrenze nicht überschritten wird.

§ 12 Aufgaben der KVSA

- (1) Gemäß § 87b Absatz 5 SGB V obliegt der KVSA die Zuweisung der RLV 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 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt übermittelt den Krankenkassen quartalsweise zeitnah die dem Arzt zugewiesenen RLV.

§ 13 Geltungszeitraum

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2010 in Kraft und endet am 31.12.2010.

§ 14 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 Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vertragspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Unterschriftenseite Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 b Abs. 4 SGB V vom 22. September 2009 für das Jahr 2010

Magdeburg,

Magdeburg,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

BKK-Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt

Cottbus,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Hoppegarten,

LKK Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband

Magdeburg,

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

Anlage 1 Arztgruppen

1.1 Arztgruppen RLV
FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin
FÄ für Kinderheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde
FÄ für Anästhesie mit schmerztherapeutischen Leistungen
FÄ für Anästhesie mit Narkoseleistungen
FÄ für Anästhesie mit schmerztherapeutischen und Narkoseleistungen
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie
FÄ für Augenheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde
FÄ für Chirurgie ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführtem SP*, FÄ für plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie
FÄ für Chirurgie mit SP* Gefäßchirurgie u. / o. SP* Phlebologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie
FÄ für MKG - Chirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG-Chirurgie
FÄ für Neurochirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
FÄ für Gynäkologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Gynäkologie
FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie ohne Zusatzbezeichnung bzw. hier nicht gesondert aufgeführter Zusatzbezeichnung
FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie mit Zusatzbezeichnung Allergologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie
FÄ für Dermatologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie
FÄ für Innere Med. (fachärztl. tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP*
FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie (nicht invasiv tätig)
FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie (invasiv tätig)
FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie (nicht invasiv tätig)
FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie (invasiv tätig)
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie

1.1 Arztgruppen RLV

FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag fachärztliche Innere Medizin
FÄ für Nervenheilkunde (ohne PT**)
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
FÄ für Neurologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit und ohne PT**)
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie
FÄ für Nervenheilkunde (mit PT**), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%
FÄ für Nervenheilkunde (mit PT**), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30% bis 90 %
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie
FÄ für Orthopädie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
FÄ für Radiologie***
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
FÄ für Nuklearmedizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin
FÄ für Urologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
FÄ für Physikalische Rehabilitative Medizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalische Rehabilitative Medizin
FÄ für Humangenetik
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Humangenetik
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung****
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der ausschließlichen schmerztherapeutischen Tätigkeit gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung

1.2 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychologische Psychotherapeuten

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

* SP = Schwerpunkt

** PT = Psychotherapie

*** Berechnung Basisfallwert und Fallwerte der jeweiligen Leistungsbereiche gem. § 10 Abs. 1

**** Als ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte gelten die Ärzte, die die Berechtigung haben, die Leistungen des Abschnitts 30.7.1 des EBM zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten zu erbringen. Darüber hinaus sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkrank Patienten im Quartal zu betreuen. Der Anteil der schmerztherapeutisch behandelten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Die für die Berechnung der EBM-Nr. 30702 und/oder 30704 festgelegte Fallzahl findet Anwendung.