



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

– Körperschaft des öffentlichen Rechts –

in der Fassung vom 26. November 2025

mit Wirkung ab 1. Januar 2026

Informationen zu den wesentlichen Anpassungen

1. Umfassende Neugestaltung der Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich. Diese beinhaltet eine komplette Aufhebung der RLV/QZV, eine Neuordnung der Vergleichsgruppen (Anlage 2 HVM) sowie Änderungen im Hinblick auf die Leistungssteuerung durch die Vergütung von Leistungen ohne Leistungssteuerung, mit garantierten Mindestquoten, definierten Praxisvolumen und mit floatender Quote (§ 8 HVM).
2. Grundsätzliche redaktionelle Anpassung des HVM aufgrund des Wegfalls der RLV/QZV und Anpassung der Anlage 4
3. Aufnahme eines Budgets und Definition spezifischer Kriterien zur Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets (§ 9 HVM)
4. Aufnahme einer Überprüfungsregelung zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung des Versorgungsauftrages (Vorgabe gemäß § 87b Absatz 2 Satz 1 SGB V) in § 1 Punkt 10.4 HVM
5. Einführung einer Abrechnungsziffer 99994N und Erhöhung der Vergütung von Konsultationen der telefonischen Beraterärzte im Bereitschaftsdienst im Zeitraum von 0.00 bis 7.00 Uhr in § 3 Punkt 7 HVM
6. Neuaufnahme von § 3 Punkt 8 HVM zur Prüfung von Leistungen, welche nicht zwingend in unmittelbarem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen
7. Redaktionelle, klarstellende Anpassungen in § 5 Abs. 1 HVM sowie § 6 Punkt 2 HVM und § 7 Punkt 2 HVM
8. Aufhebung der Leistungssteuerung bei der GOP 30700 EBM in § 5 Punkt 4.5 HVM im hausärztlichen Versorgungsbereich in Analogie zur Aufhebung der Leistungssteuerung der Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 8 HVM)
9. Neugestaltung der Bildung und Vergütung im Praxisvolumen Psychosomatik in § 5 Punkt 4.7 HVM im hausärztlichen Versorgungsbereich in Analogie zur Neugestaltung der Vergütungsregelungen für Praxisvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 8 HVM)
10. Überarbeitung des § 10 HVM (Übergangsregelungen) aufgrund des Wegfalls der RLV/QZV im fachärztlichen Versorgungsbereich
11. Redaktionelle Anpassung der Anlage 1 HVM aufgrund der Beendigung der Konvergenzregelung ab 01.01.2024
12. Überarbeitung der Anlage 3 HVM aufgrund des Wegfalls der RLV/QZV im fachärztlichen Versorgungsbereich

	Präambel	4
§ 1	Anwendungsbereich und Allgemeines	4
§ 2	Bildung von Vergütungsvolumina	6
§ 3	Vergütung von Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der jeweils gültigen Fassung und von ambulanter Notfallbehandlung	8
§ 4	Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	10
§ 5	Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich	10
§ 6	Vergütungsvolumen für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereiches („Hausarzt-MGV“)	14
§ 7	Vergütungsvolumen für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen („Kinderarzt-MGV“)	15
§ 8	Fachärztliches Vergütungsvolumen	15
§ 9	Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets	24
§ 10	Übergangsregelungen	24
§ 11	Inkrafttreten	25
Anlage 1	Aufteilung auf und innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich	26
Anlage 2	Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereich	27
Anlage 3	Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen	29
Anlage 4	Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben der KBV	31

Präambel

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

§ 1

Anwendungsbereich und Allgemeines

1. Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), soweit keine vertraglichen Bestimmungen oder Beschlüsse des Bewertungsausschusses entgegenstehen. Soweit in diesen Honorarverteilungsvorschriften Regelungen enthalten sind, die auch Gegenstand von Vereinbarungen mit den Krankenkassen sind, gelten die Regelungen der betreffenden Vereinbarung. Die Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV sowie die Vergütung von Punktwertzuschlägen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V richtet sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen. Die Vergütung von Leistungen nach § 116b SGB V richtet sich nach den entsprechenden Bundesregelungen, soweit Vertragsärzte die KV Sachsen mit der Durchführung der Abrechnung nach § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V beauftragt haben. Die Bereinigung der Honorare erfolgt entsprechend Anlage 4.
2. Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der Preise der sächsischen Gebührenordnung (SGO) unter Berücksichtigung der Festlegungen dieses HVM. Dabei wird der Umfang ihrer Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.
3. Eingeschlossen sind entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Sachsen tätigen Ärzte und Einrichtungen und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden bzw. diejenigen Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen zu Gunsten der im Bereich der KV Sachsen Versicherten geltend gemacht werden, unter Beachtung der Trennung der Gesamtvergütungen. Das gilt, soweit keine anders lautenden vertraglichen Regelungen dem entgegenstehen.
4. Nicht der Honorarverteilung unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen und/oder regionalen Verträgen mit der KV Sachsen (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge zur elektronischen Kommunikation gemäß § 67 SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge über eine besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.
5. Die KV Sachsen strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Honorarverteilungsvorschriften erheblich einschränken. Die in diesem HVM

verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

6. Die Inhalte dieser Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen (GOPen) aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt.

Sie gelten gleichermaßen für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, angestellte Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

7. Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, im Folgenden „Vorgaben der KBV“ genannt. Die Veröffentlichung der Vorgaben der KBV erfolgt über die entsprechende Internetseite der KBV. Änderungen der aktuellen Vorgaben der KBV gelten unmittelbar und werden in der nächstmöglichen Vertreterversammlung in den HVM überführt.
8. Die für ein Quartal geltende Festsetzung der Grundbeträge und sonstigen Verteilungsvolumina sowie die Anwendung des Regionalpunktwertes richtet sich nach den zum Zeitpunkt der Festsetzung bekannten Beschlüssen auf Bundesebene, dem Stand der Verhandlungen auf Landesebene sowie den zu diesem Zeitpunkt bekannten Datengrundlagen.
9. Nach Vorliegen der endgültigen Beschlüsse, Verträge und Datengrundlagen erfolgen nach Abschluss des Kalenderjahres für jedes Quartal eine Spitzabrechnung und eine endgültige Festsetzung der Grundbeträge. Auftretende Differenzen zu den für die Quartale eines Kalenderjahres angewandten Grundbeträgen werden bei der Bildung der Grundbeträge der nächsterreichbaren Quartale berücksichtigt.
10. Verbliebene Mittel im haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich innerhalb der Honorarverteilung können unter Beachtung eines Sicherheitsabschlages in den Folgequartalen nachfolgenden Maßgaben verteilt werden:
 - 10.1. Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind diese den Mitteln des Vorwegabzuges gemäß § 8 II Punkt 7 zuzuführen.
 - 10.2. Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden diese Mittel zur Vergütung der Leistungen gemäß § 5 Punkt 5 (verbleibende hausärztliche Leistungen) verwendet.
 - 10.3. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung dieser Vorgaben sind vom Vorstand zu regeln.
 - 10.4. Die übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V im fachärztlichen Versorgungsbereich wird vom Vorstand überprüft. Aufgreifkriterium ist die Erbringung von mehr als 250 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Vergleichsgruppe im Vorjahresquartal durch die Ärzte derselben Vergleichsgruppe (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges) innerhalb einer Praxis. Ausgenommen von dieser Regelung sind Vergleichsgruppen, die aufgrund

gesetzlicher Vorgaben oder struktureller Gegebenheiten deutliche praxisindividuelle Unterschiede aufweisen, konkret die Vergleichsgruppen 009 und 014. Ebenfalls ausgenommen von dieser Regelung sind Ärzte in Vergleichsgruppen in drohend unterversorgten bzw. unterversorgten Gebieten sowie in Regionen mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf. Wird festgestellt, dass es sich um eine übermäßige Ausdehnung handelt, erfolgt, soweit keine Auffälligkeit der Zeitobergrenze, eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung.

§ 2

Bildung von Vergütungsvolumina

1. Die eingehenden MGV werden zum Zwecke der Verteilung zu einer Gesamtvergütung (Verteilungsvergütung) zusammengeführt.
2. Die Verteilungsvergütung wird unter Beachtung der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung in folgende Vergütungsvolumina untergliedert:
 - 2.1. Vergütungsvolumen für den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung gemäß § 3
 - 2.2. Vergütungsvolumen laboratoriumsmedizinischer Leistung gemäß § 4
 - 2.3. Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich (VG 001 und 002) gemäß § 5
 - 2.3.1. Vergütungsvolumen für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereiches („Hausarzt-MGV“) gemäß § 6
 - 2.3.2. Vergütungsvolumen für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen („Kinderarzt-MGV“) gemäß § 7
 - 2.4. Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 8 ohne die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM und ohne den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOPen 01410 bis 01413 und 01415 EBM (ohne die mit den Buchstaben E, R, S, U und W modifizierten GOPen) sowie ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen, 04004 und 04005 EBM einschließlich GOPen mit Suffix.
 - 2.4.1. Versorgungsbereichsspezifisches Untervolumen im fachärztlichen Vergütungsvolumen.: Genetisches Labor gemäß § 8 I Punkt 1
 - 2.4.2. Versorgungsbereichsspezifisches Untervolumen im fachärztlichen Vergütungsvolumen: Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) gemäß § 8 I Punkt 2
3. Die Höhe der Mittel ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen Grundbetrages je Versicherten mit der Anzahl der Versicherten im aktuellen Quartal. Die Bildung der Grundbeträge richtet sich nach den Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

4. Die jeweiligen Grundbeträge des Vorjahresquartals bilden die Basis für die Bildung der Grundbeträge des aktuellen Quartals. Dabei werden Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Vorgaben der KBV nicht basiswirksam sind, nicht berücksichtigt.
5. Aus den Vergütungsvolumina werden Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen gemäß Anlage 3 vorgenommen.

6. Die KV Sachsen stellt sicher, dass die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.
7. Werden für neue Leistungen bzw. für die Erhöhung bestehender Leistungen zusätzliche Mittel der MGV zugeführt, werden diese unter Berücksichtigung der Basiszeiträume dem entsprechenden Vergütungsbereich zugeordnet.

§ 3

Vergütung von Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nach der Bereitschaftsdienstordnung in der jeweils gültigen Fassung und von ambulanter Notfallbehandlung

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Punkt 2.1 dient zur Vergütung der Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei ambulanter Notfallbehandlung inklusive der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM ohne die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM und ohne den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ohne die mit den Buchstaben E, R, S, U und W modifizierten GOPen) sowie ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM einschließlich GOPen mit Suffix, zur Förderung des Bereitschaftsdienstes gemäß den nachstehenden Vorschriften und für von Bereitschaftspraxen bei Krankenhäusern veranlasste Leistungen, die auf Scheinen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder der ambulanten Notfallbehandlung abgerechnet werden.

Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst und bei Notfallbehandlung werden nach der SGO nach Maßgabe nachstehender Regelungen vergütet.

2. Im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst wird zur Vergütung der Leistungen ein Honoraranteil bestimmt, der sich auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 €/ Std. ergibt. Unterschreitet das Honorar auf Basis der abgerechneten Leistungen eines Arztes den nach dieser Vorgabe berechneten Honoraranteil, wird es bis zu diesem angehoben.

Soweit die Zahl der tatsächlich abgeleisteten Stunden die der geplanten überschreitet, werden diese minutengenau abgerechnet. Differenzen zwischen den geplanten und tatsächlich erbrachten Leistungen von bis zu 15 Minuten bleiben hierbei unberücksichtigt.

Sofern die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst den Honoraranspruch, berechnet auf Basis der Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 50 €/ Std. überschreitet, wird der über den so berechneten Honoraranspruch hinausgehende Vergütungsanteil um einen in der Abrechnungsordnung

festgesetzten Betriebskostenanteil gekürzt, soweit es sich um einen Honoraranspruch aus der Tätigkeit in einer Bereitschaftspraxis gemäß Bereitschaftsdienstordnung der KV Sachsen handelt. Der Betriebskostenanteil findet zur Finanzierung der Kosten der Betriebsstrukturen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst Verwendung.

3. Ergänzend wird im Fahrdienst pro behandelten Patienten, bei dem mindestens ein Einsatz im Rahmen des Hausbesuches nach der GOP 01418 EBM abgerechnet wurde, ein Betrag in Höhe von 100 € von dem gem. § 3 Punkt 2 Satz 1 gebildeten Honoraranteil abgezogen. Dabei darf die Summe dieser Abschläge nicht höher sein als der Honoraranteil gem. § 3 Punkt 2 Satz 1. Der sich im Ergebnis dieser Berechnung ergebende Strukturzuschlag wird zu dem Honorar auf Basis der abgerechneten Leistungen eines Arztes in diesem Fahrdienst hinzugerechnet.

Soweit im Rahmen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein Anspruch auf Wegepauschalen bzw. Zuschläge zu Wegepauschalen aus dem Hausbesuchsdienst gegenüber den Krankenkassen entsteht, findet dieser ebenfalls zur Finanzierung der Kosten des Fahrdienstes im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst Verwendung.

4. Bei längeren Fahrstrecken im Rahmen des Hausbesuchsdienstes im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst wird eine zusätzliche Vergütung gemäß folgender Tabelle gezahlt:

Ziffer	Bereich	Anerkennung ab > 15 km in km	Honorarzuschlag
93228/93229	> 15 km – 20 km	5	10 €
93230/93231	> 20 km – 25 km	10	20 €
93232/93233	> 25 km – 30 km	15	30 €
93234/93235	> 30 km – 35 km	20	40 €
93236/93237	> 35 km	25	50 €

Der Anspruch auf diese zusätzliche Vergütung ist begrenzt auf die Zahl der Bereitschaftsdienststunden multipliziert mit 10 € je Stunde, maximal 120 €. Der Anspruch entsteht nicht bei Mitbesuchen gemäß SGO.

5. Alle Berechnungen in den Punkten 2 und 3 erfolgen je Arzt und je Dienst.
6. Für die Zeiten von eingeteilter Hintergrundrufbereitschaft im Bereitschaftsdienst entsprechend der Vorschriften der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) werden 10 EURO je Stunde Hintergrundrufbereitschaft honoriert. Für die Vergütung der Hintergrundrufbereitschaft gelten die Regelungen nach den Punkten 2 und 3 nicht.
7. Für die eingeteilten Zeiten der telefonischen Beraterärzte im Bereitschaftsdienst wird je eingeteilter Stunde ein Mindesthonorar von 20 EURO honoriert. Zusätzlich sind je Konsultation die Abrechnungsziffer 99994 (17 EURO) entsprechend abrechenbar. Abweichend davon ist für Konsultationen im Zeitraum von 0.00 bis 7.00 Uhr die Abrechnungsziffer 99994N (25 Euro) berechnungsfähig. Für die Vergütung dieser Zeiten gelten die Regelungen nach den Punkten 2 und 3 nicht.

8. Im Rahmen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes und bei ambulanter Notfallbehandlung sind nur diejenigen kurativen GOPen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischem oder therapeutischem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Leistungen, die nicht in unmittelbarem diagnostischem und therapeutischem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen, sind nur mit einer ausführlichen medizinischen Begründung berechnungsfähig. Eine Übersicht über die Leistungen, die nicht oder nicht in unmittelbarem diagnostischem und therapeutischem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen, wird quartalsaktuell auf der Homepage der KV Sachsen veröffentlicht.

§ 4

Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

1. Das Vergütungsvolumen gem. § 2 Punkt 2.2 dient zur Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (Anforderungen über Muster 10) sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM).

- 1.1. Die Bildung des Grundbetrages richtet sich nach Teil B der Vorgaben der KBV.

2. Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:

- 2.1. Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

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

- 2.2. Vergütung der übrigen veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM, ausgenommen den GOPen des Grundbetrages Genetisches Labor, sowie die Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM,

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel für die Honorierung nach der SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Es gilt die in den Vorgaben der KBV festgesetzte Mindestquote.

§ 5

Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich

1. Aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 2 Punkt 2.3 werden folgende Vergleichsgruppen vergütet:

Vergleichsgruppe 001 Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin
 Fachärzte für Allgemeinmedizin
 Praktische Ärzte
 Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Vergleichsgruppe 002 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

2. Von dem Vergütungsvolumen gemäß § 2 Punkt 2.3 werden zunächst die Honorarvolumina „Hausarzt-MGV“ gemäß § 2 Punkt 2.3.1 und „Kinderarzt-MGV“ gemäß § 2 Punkt 2.3.2 abgezogen. Die Details zur Vergütung innerhalb dieser Vergütungsvolumen regeln § 6 bzw. § 7.

3. Vom verbleibenden Vergütungsvolumen werden die in Punkt 4 geregelten Vorwegabzüge abgezogen sowie die auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen gemäß Anlage 3 verrechnet.

4. Vorwegabzüge und deren Vergütung

- 4.1. Vorwegabzug zur gesonderten Vergütung von **Praxisnetzen**

- 4.1.1. Eine gesonderte Vergütung für in Sachsen anerkannte Praxisnetze ist über die Honorarbescheide der teilnehmenden sächsischen Vertragsärzte auf das Konto des jeweiligen Praxisnetzes in Höhe der nachfolgenden Zuschläge je Behandlungsfall mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes im aktuellen Quartal zu honorieren.

Die Zuschläge werden differenziert entsprechend der Anlage 1 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen wie folgt vergütet:

Basis-Stufe: 10 Cent je Behandlungsfall

Stufe 1: 15 Cent je Behandlungsfall

Stufe 2: 20 Cent je Behandlungsfall

- 4.2. Vorwegabzug zur Vergütung der Kostenpauschalen des **Kapitels 40 EBM**, die innerhalb der MGV finanziert werden.

Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

- 4.3. Vorwegabzug zur Vergütung von **eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen** der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (nicht Muster 10/10a)

- 4.3.1. Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben der KBV für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

- 4.3.2. Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:

- 4.3.3. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der GOP 32025, 32026, 32042 und 32150 EBM werden nach SGO vergütet.

- 4.3.4. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM
- 4.3.4.1. Bei Ärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung.
- 4.3.4.2. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.
- 4.3.4.3. Die Höhe des praxisbezogenen Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Fachgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis (ohne Muster 10, Bereitschaftsdienst und Notfall). Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie der Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM verfügen, sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht. Der Referenz-Fallwert einer BAG wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der fachgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie der Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 EURO berücksichtigt.
- 4.3.4.4. Der Referenz-Fallwert gemäß Beschluss für die Ermittlung des Budgets für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich beträgt 4 EURO.
- 4.3.4.5. Kinderärzte, die fachärztlich tätig sind, erhalten, sofern deren (Versorgungs-) Schwerpunkt in der u. g. Tabelle enthalten ist, den dort festgelegten Referenzfallwert.
- 4.3.4.6. Tabelle Referenzfallwerte Kinderärzte mit (Versorgungs-) Schwerpunkt
- | | |
|------------------|---------|
| • Endokrinologie | 40 EURO |
| • Rheumatologie | 40 EURO |
| • Angiologie | 40 EURO |
| • Hämatologie | 21 EURO |
- 4.3.4.7. Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 4 Punkt 2.2 vergütet.
- 4.3.4.8. Das Budget kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der

Antragsteller die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

4.3.5. Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

4.3.5.1. Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltende Mindestquote.

4.4. Vorwegabzug zur Vergütung von **Laborgemeinschaften** abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

4.4.1. Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben der KBV für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

4.4.2. Die Zuordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung zu dem jeweils zuständigen Versorgungsbereich richtet sich nach dem Versorgungsbereich des beziehenden Arztes.

4.4.3. Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

4.4.4. Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltenden Mindestquote honoriert. Die benötigten Mittel werden entsprechend dem Verhältnis der vom haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des aktuellen Quartals aus diesen beiden Versorgungsbereichen entnommen.

4.5. Vorwegabzug zur Vergütung der GOP 30700 EBM inkl. Buchstabenkennung.

Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

4.6. Vorwegabzug zur Vergütung der Leistungen des Kapitels 33 EBM

Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

4.7. Vorwegabzug zur Vergütung des **Praxisvolumens Psychosomatik** (GOP 35100 und 35110 EBM)

4.7.1 Die jeweiligen Praxisvolumen werden je betroffener Vergleichsgruppe wie folgt gebildet:

- i. Ermittlung der Häufigkeit der dem jeweiligen Praxisvolumen unterliegenden Leistungen pro Vergleichsgruppe im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024.
- ii. Ermittlung der Leistungserbringer (gemäß Tätigkeitsumfang) pro Vergleichsgruppe, welche im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024 Leistungen aus dem jeweiligen Praxisvolumen erbracht haben.
- iii. Ermittlung der durchschnittlichen Häufigkeit der Leistungen aus dem jeweiligen Praxisvolumen pro Arzt im Quartal. Diese ergibt sich aus den Häufigkeiten gemäß Punkt i dividiert durch die Anzahl der Ärzte gemäß Punkt ii.
- iv. Durch Multiplikation der durchschnittlichen Häufigkeiten mit dem Wert der dem Praxisvolumen unterliegenden Leistungen gemäß EBM ergibt sich die Höhe des jeweiligen Praxisvolumen pro Arzt und Vergleichsgruppe.
- v. Die Multiplikation des Praxisvolumens pro Arzt gemäß Punkt iv mit der Anzahl der Ärzte (gemäß Tätigkeitsumfang) einer Vergleichsgruppe, welche im aktuellen Quartal Leistungen des jeweiligen Praxisvolumen erbracht haben, ergibt das Praxisvolumen der Praxis.

4.7.2 Die Leistungssteuerung im Rahmen eines Praxisvolumens erfolgt wie folgt:

- i. Die im aktuellen Quartal abgerechneten Leistungen aus dem Praxisvolumen werden dem zugewiesenen Praxisvolumen einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt und bis zum Erreichen des zugewiesenen Praxisvolumen gemäß SGO honoriert.
 - ii. Die das Praxisvolumen übersteigenden Leistungen werden bis 25 % über dem Praxisvolumen mit einer Quote von 80 % und über 25 % bis 50 % mit einer Quote von 40 % vergütet. Leistungen von mehr als 50 % über dem Praxisvolumen werden nicht vergütet.
5. Das verbleibende Budget nach Verrechnung gemäß Punkt 3 steht für die Vergütung der verbleibenden hausärztlichen Leistungen zur Verfügung. Die Vergütung erfolgt im aktuellen Kalenderjahr quartalsübergreifend mit der mittleren Auszahlungsquote des Vorvorjahres unter Berücksichtigung der aktuellen Vergütungsregelungen und eines Sicherheitsabschlages in Höhe von 5 %. Sofern nach Festlegung dieser Quote Sachverhalte auftreten, welche massiven Einfluss auf die berechnete Quote haben, kann diese unterjährig angepasst werden. Über- und Unterschüsse im laufenden Kalenderjahr werden bei der Ermittlung der Quote des Folgejahres berücksichtigt.

§ 6

Vergütungsvolumen für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereiches („Hausarzt-MGV“)

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Punkt 2.3.1 dient zur Vergütung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung bestehend aus dem Kapitel 3 EBM sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM (ohne die mit den Buchstaben E, R, S, U und W modifizierten GOPen).
2. Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

3. Im Falle von Überschüssen werden die vorhandenen Finanzmittel als Unterschreitung der Hausarzt-MGV kumuliert und ggf. mit Ausgleichszahlungen in zukünftigen Quartalen verrechnet. Die kumulierten Unterschreitungen werden nach dem 1. Quartal jeden Jahres als Zuschläge an die Hausärzte ausgezahlt.

§ 7

Vergütungsvolumen für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen („Kinderarzt-MGV“)

1. Das Vergütungsvolumen gemäß § 2 Punkt 2.3.2 dient zur Vergütung von kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM einschließlich GOPen mit Suffix.
2. Die Leistungen werden nach der SGO vergütet.

Im Falle von Überschüssen werden die vorhandenen Finanzmittel als Unterschreitung der Kinderarzt-MGV kumuliert und ggf. mit Ausgleichszahlungen in zukünftigen Quartalen verrechnet. Die kumulierten Unterschreitungen werden nach dem 1. Quartal jeden Jahres als Zuschläge an die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ausgezahlt.

§ 8

Fachärztliches Vergütungsvolumen

Das Vergütungsvolumen gem. § 2 Punkt 2.4. wird wie folgt verteilt:

I Versorgungsbereichsspezifische Untervolumen

1. Das versorgungsbereichsspezifische Untervolumen gem. § 2 Punkt 2.4.1. dient zur Vergütung des genetischen Labors wie folgt:
 - 1.1. Die Vergütung der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM (mit Ausnahme außerbudgetär vergüteter GOP) wird wie folgt vorgenommen:

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

Dabei werden zunächst die einbudgetierten und dem Grundbetrag genetisches Labor zugeführten Finanzmittel für Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM vom Untervolumen genetisches Labor abgezogen und bilden das Budget zur Honorierung dieser Leistungen. Die Quote für diese Leistungen ergibt sich aus der Division dieses Budgets durch den angeforderten Leistungsbedarf für budgetäre Leistungen des Abschnitts 19.4.2. Es gilt die Mindestquote in Höhe von 50 %.

Für die sonstigen Leistungen im Untervolumen genetisches Labor gelten folgende Quoten (Q) und Mindestquoten (MQ):

- GOP, 11301, 11302, 11303, 19401 und 19402 EBM (Grundpauschalen genetische Diagnostik) Q 95 %
- GOP 11351 bis 11448 EBM (Indikationsbezogene Leistungen) Q 85 %
- GOP 11501 bis 11508, 19431 und 19432 EBM (zytogenetische Leistungen) Q 85 %
- Übrige Leistungen MQ 50 %

- 1.2. Sinkt die rechnerische Quote im Bereich der übrigen Leistungen bis zu einer Quote von 35 % ab, so werden die zum Erreichen der angegebenen Mindestquote benötigten Mittel aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich entnommen.

Sinkt die rechnerische Quote im Bereich der übrigen Leistungen unter eine Quote von 35 % ab, so werden die anderen angegebenen Quoten anteilig abgesenkt bis eine rechnerische Quote von 35 % im Bereich der übrigen Leistungen erreicht wird.

Steigt die rechnerische Quote der übrigen Leistungen über 85 %, wird eine einheitliche Quote über die Leistungsbereiche der indikationsbezogenen, zytogenetischen und übrigen Leistungen gebildet.

Steigt die rechnerische Quote der übrigen Leistungen über 95 %, wird eine einheitliche Quote über alle Leistungsbereiche gebildet.

2. Das versorgungsbereichsspezifisches Untervolumen gem. § 2 Punkt 2.4.2. dient zur Vergütung der fachärztlichen Grundversorgung (**PFG**).
- 2.1. Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Untervolumen für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, zu Lasten des fachärztlichen Vergütungsvolumens auf eine Quote von 90 % gestützt.

II Vorwegabzüge und Vergütung aus dem Vergütungsvolumen vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets

1. Vorwegabzug zur gesonderten Vergütung von **Praxisnetzen**

- 1.1 Eine gesonderte Vergütung für in Sachsen anerkannte Praxisnetze ist über die Honorarbescheide der teilnehmenden sächsischen Vertragsärzte auf das Konto des jeweiligen Praxisnetzes in Höhe der nachfolgenden Zuschläge je Behandlungsfall mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes im aktuellen Quartal zu honorieren.
- 1.2 Die Zuschläge werden differenziert entsprechend der Anlage 1 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen wie folgt vergütet:

Basis-Stufe: 10 Cent je Behandlungsfall
Stufe 1: 15 Cent je Behandlungsfall
Stufe 2: 20 Cent je Behandlungsfall

2. Vorwegabzug zur Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (nicht Muster 10/10a)
 - 2.1 Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben der KBV für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.
 - 2.2 Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln werden die nachfolgenden Leistungsarten in der angegebenen Reihenfolge vergütet:
 - 2.2.1 Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der GOP 32025, 32026, 32042 und 32150 EBM werden nach SGO vergütet.
 - 2.2.2 Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM.
 - 2.2.2.1 Bei Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin angehören, sind (zusammengefasst „Nicht-Laborärzte“ genannt), unterliegen Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung.
 - 2.2.2.2 Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Übersteigende Leistungen werden nicht vergütet.
 - 2.2.2.3 Die Höhe des praxisbezogenen Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Fachgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis (ohne Muster 10, Bereitschaftsdienst und Notfall). Ärzte, die über keine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM verfügen, sowie Laborärzte bleiben bei der Budgetbildung außer Betracht. Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)BAG wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der fachgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 EURO berücksichtigt.
 - 2.2.2.4 Referenz-Fallwert gemäß Beschluss für die Ermittlung des Budgets für Fachgruppen:

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie	40 EURO
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie	40 EURO

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie	40 EURO
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	40 EURO
Fachärzte für Nuklearmedizin, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämatologie	21 EURO
Alle übrigen Fachgruppen (mit Ausnahme von Laborärzten)	4 EURO

Einzeln für Abschnitt 32.3 EBM ermächtigte Ärzte erhalten gemäß ihrer Fachgruppenzugehörigkeit die definierten Referenzfallwerte.

2.2.3 Die innerhalb des praxisbezogenen Budgets abgerechneten Leistungen werden maximal mit der für veranlasste Laborleistungen auf Muster 10 angewandten aktuellen Quote in § 4 Punkt 2.2 vergütet.

2.2.4 Das Budget kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall erweitert, ausgesetzt oder bedarfsgerecht angepasst werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antragsteller die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

2.2.5 Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

Hierunter fallen auch die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmediziner und ermächtigten Fachwissenschaftler der Medizin, soweit diese nicht auf Muster 10/10a veranlasst wurden.

Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

3. Vorwegabzug zur Vergütung von **Laborgemeinschaften** abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10a)

3.1 Die zur Verfügung stehenden Mittel richten sich nach den Finanzmitteln, die laut Vorgaben der KBV für diesen Leistungsbereich in das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen zu transferieren sind.

3.2 Die Zuordnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung zu dem jeweils zuständigen Versorgungsbereich richtet sich nach dem Versorgungsbereich des beziehenden Arztes.

3.3 Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Die Honorierung der betreffenden Leistungen erfolgt mindestens in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltenden Mindestquote.

3.4 Den Versorgungsbereichen nicht zuordenbare laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in Höhe der in § 4 Punkt 2.2 geltenden Mindestquote honoriert. Die benötigten Mittel werden entsprechend dem Verhältnis der vom haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des aktuellen Quartals aus diesen beiden Versorgungsbereichen entnommen.

4. Vorwegabzug zur Vergütung für **pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM** (ohne Abschnitt 19.4 EBM) bei Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probeuntersuchungen sowie für die zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01826 EBM) und GOP 08315 EBM im Überweisungsfall als Zielauftrag (SKZ 21)

4.1 Die Höhe des Vorwegabzuges entspricht den abgerechneten Leistungen im Jahr 2024 bewertet mit der durchschnittlichen Quote über alle Vergleichsgruppenbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich im Jahr 2024.

4.2 Die Leistungen werden für den Fall, dass die Mittel in diesem Vorwegabzug für die Honorierung nach SGO nicht ausreichen, quotiert vergütet. Dabei gilt eine Mindestquote von 50 %.

5. Vorwegabzug zur Vergütung der Kostenpauschalen des **Kapitels 40 EBM**, die innerhalb der MGV finanziert werden.

Die Leistungen werden nach SGO vergütet.

6. Vorwegabzug für die Förderung von Hausbesuchen (GOPen 01410, 01413 und 01415 EBM)

Die Förderung der Hausbesuche erfolgt mit folgenden Zuschlägen:

- * GOP 01410 EBM in Höhe von 10 EURO
- * GOP 01413 EBM in Höhe von 5 EURO
- * GOP 01415 EBM in Höhe von 15 EURO

7. Vorwegabzug zum Ausgleich der Mindestquoten und zur Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets gemäß § 9 HVM

Die Höhe dieses Vorwegabzuges beträgt 1 % des Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich im aktuellen Quartal. Der Vorstand kann in Abhängigkeit von verbliebenen Mitteln das festgelegte Volumen erhöhen.

III Aufteilung der Verteilungsvolumen auf die Vergleichsgruppen und Vergütung innerhalb der Vergleichsgruppenbudgets

1. Das nach Abzug der Mittel für Rückstellungen, für Vorwegabzüge bzw. für Untervolumina verbleibende Vergütungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich wird jeweils in Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe untergliedert. Diese Verteilungsvolumina je Vergleichsgruppe werden entsprechend Anlage 1 gebildet.

2. Vorwegabzüge im Vergleichsgruppenbudget ohne Leistungssteuerung

- 2.1 Die im Abrechnungsquartal angeforderten und sachlich-rechnerisch geprüften Honorarmittel für die unter Punkt 2.2 genannten Vorwegabzüge ohne Leistungssteuerung werden nach SGO vergütet und im jeweiligen Vergleichsgruppenbudget, vor Berechnung der floatenden Vergleichsgruppenquote, abgezogen.
- 2.2 In den jeweiligen Vergleichsgruppenbudgets werden für folgende Leistungen bzw. Leistungsbereiche (sofern nicht explizit genannt incl. GOPen mit Suffix) Vorwegabzüge ohne Leistungssteuerung gebildet:
- a) Vergütung der fachärztlichen **Grundpauschalen, Konsiliarpauschalen und Konsiliar-komplex nach den GOPen 01320, 01321, 05210 bis 05212, 06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 11210 bis 11212, 12210, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 13540 bis 13542, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 15210 bis 15212, 16210 bis 16212, 17210, 18210 bis 18212, 19210, 20210 bis 20212, 21210 bis 21212, 21213 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23212, 23214, 24210 bis 24212, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212 und 30700 EBM**
 - b) Vergütung **sonographischer Leistungen des Kapitel 33 EBM sowie der Zusatzpauschalen Angiologie (GOP 13300 EBM) und Kardiologie (GOP 13545 EBM)**
 - c) Vergütung der Leistungen der **Diagnostischen Radiologie nach den Abschnitten 34.2.1 bis 34.2.6, 34.2.8 und den GOPen 34293 bis 34297 EBM**
 - d) Vergütung **anästhesiologische Leistungen nach den GOPen 01320, 05210 bis 05212, 05230, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM**, die im Zusammenhang mit **vertragszahnärztlichen Behandlungen** von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie von Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr notwendig sind.

Voraussetzung für die Vergütung bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie ist eine entsprechende Diagnose. Bei Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ist die Angabe der entsprechenden zahnärztlichen Diagnose Abrechnungsvoraussetzung.
 - e) Vergütung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den **GOPen 38100 und 38105 EBM**
 - f) Vergütung des Zuschlages für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen **konservativ tätigen Augenarzt nach der GOP 06225 EBM**
 - i. Der Zuschlag wird den Fachärzten für Augenheilkunde gewährt, die keine Leistung des ambulanten Operierens gemäß Nr. 6 der Präambel zu Abschnitt 6.1 des EBM abgerechnet haben.
 - ii. Darüber hinaus erhalten Fachärzte für Augenheilkunde, die Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM im aktuellen Quartal erbracht haben, einen Zuschlag in Höhe der GOP 06225 EBM für jeden Behandlungsfall, bei dem keine Leistung der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM und/oder der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) vergütet wird,

wenn ihr Leistungsbedarf für Leistungen der Intraocularen Eingriffe (GOP 31350, 31351, 36350 und 36351 EBM) und der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) im zuletzt verfügbaren Quartal nicht höher ist als das Doppelte der Punktmenge aus der Anzahl der nach GOP 06225 EBM zuschlagsfähigen Fälle nach o. g. Definition seiner aktuellen Abrechnung multipliziert mit der Bewertung der GOP 06225 EBM in Punkten. Augenärzte, für die keine Abrechnungsdaten verfügbar sind, sind als konservative Augenärzte einzuordnen.

- g) Vergütung der **Hausbesuche nach den GOPen 01410, 01413 und 01415 EBM**
- h) Vergütung von Leistungen der „**Hörgeräteversorgung Kinder**“ nach den **GOPen 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM**
- i) Vergütung der **kurativen Mammographie nach den GOPen 34270, 34271, 34272, 34273 und 34275 EBM**
- j) Vergütung der **Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests nach der GOP 13651 EBM**
- k) Vergütung für die **Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparat nach den GOPen 07310, 07311, 18310 und 18311 EBM**
- l) Vergütung für die **Fluoreszenzangiographie nach der GOP 06331 EBM**
- m) Vergütung der **Hygienezuschläge nach den GOPen 05215, 06215, 07215, 08215, 09215, 10215, 11215, 12215, 13215, 13295, 13345, 13395, 13495, 13546, 13595, 13645, 13695, 15215, 16214, 17215, 18215, 19215, 20215, 21222, 22215, 23215, 24215, 25215, 26215, 27215 sowie 30703**
- n) Vergütung der **Kontaktlinsenanpassung nach der GOP 06341 EBM**
- o) Vergütung der **Lumbalpunktion nach der GOP 02342 EBM**
- p) Vergütung **Elektroenzephalographische Untersuchung (EEG) nach GOP 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 EBM**
- q) Vergütung der **Onkologischen Betreuung nach den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315**
- r) Vergütung der **Hyposensibilisierung nach den GOPen 30130 und 30131 EBM**
- s) Vergütung der **Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung nach den GOPen 09326 und 20326 EBM sowie der Hörschwellenbestimmung nach den GOPen 09327 und 20327 EBM**

3. **Vorwegabzüge im Vergleichsgruppenbudget mit einer Mindestquote**

- 3.1 Die im Abrechnungsquartal angeforderten und sachlich-rechnerisch geprüften Honorarmittel für die unter Punkt 3.2 genannten Vorwegabzüge werden mit der jeweiligen Quote für die übrigen Leistungen der jeweiligen Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung der jeweiligen Mindestquote vergütet.
- 3.2 In den jeweiligen Vergleichsgruppenbudgets werden für folgende Leistungen Vorwegabzüge mit definierter Mindestquote gebildet:
- a) Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) nach der GOP 26330 EBM,
Die Honorierung erfolgt mit einer Mindestquote in Höhe von 95 % der Preise der SGO.
 - b) Leistungen der Polysomnografie GOP 30901 EBM,
Die Honorierung erfolgt mit einer Mindestquote in Höhe von 95 % der Preise der SGO.

4. **Vorwegabzüge im Vergleichsgruppenbudget für Praxisvolumen**

- 4.1 Die im Abrechnungsquartal angeforderten und sachlich-rechnerisch geprüften Honorare für die unter Punkt 4.2 genannten und der gemäß Punkt 4.3 abgestaffelten Leistungen werden vor Berechnung der floatenden Vergleichsgruppenquote abgezogen.
- 4.2 In den jeweiligen Vergleichsgruppenbudgets werden folgende Praxisvolumen gebildet:
- a) **Praxisvolumen Psychosomatik** (GOPen 35100 und 35110 EBM)
 - b) **Praxisvolumen neurologisches Gespräch** (GOP 16220 EBM)
 - c) **Praxisvolumen psychiatrisches Gespräch** (GOP 21220 EBM)
 - d) **Praxisvolumen psychotherapeutisches Gespräch** (GOPen 22220 und 23220 EBM)
- 4.3 Die jeweiligen Praxisvolumen werden je betroffener Vergleichsgruppe wie folgt gebildet:
- i. Ermittlung der Häufigkeit der dem jeweiligen Praxisvolumen unterliegenden Leistungen pro Vergleichsgruppe im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024.
 - ii. Ermittlung der Leistungserbringer (gemäß Tätigkeitsumfang) pro Vergleichsgruppe, welche im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024 Leistungen aus dem jeweiligen Praxisvolumen erbracht haben.
 - iii. Ermittlung der durchschnittlichen Häufigkeit der Leistungen aus dem jeweiligen Praxisvolumen pro Arzt im Quartal. Diese ergibt sich aus den Häufigkeiten gemäß Punkt i dividiert durch die Anzahl der Ärzte gemäß Punkt ii.
 - iv. Durch Multiplikation der durchschnittlichen Häufigkeiten mit dem Wert der dem Praxisvolumen unterliegenden Leistungen gemäß EBM ergibt sich die Höhe des jeweiligen Praxisvolumen pro Arzt und Vergleichsgruppe.

- v. Die Multiplikation des Praxisvolumens pro Arzt gemäß Punkt iv mit der Anzahl der Ärzte (gemäß Tätigkeitsumfang) einer Vergleichsgruppe, welche im aktuellen Quartal Leistungen des jeweiligen Praxisvolumen erbracht haben, ergibt das Praxisvolumen der Praxis.

4.4 Die Leistungssteuerung im Rahmen eines Praxisvolumens erfolgt wie folgt:

- i. Die im aktuellen Quartal abgerechneten Leistungen aus dem Praxisvolumen werden dem zugewiesenen Praxisvolumen einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt und bis zum Erreichen des zugewiesenen Praxisvolumen gemäß SGO honoriert.
- ii. Die das Praxisvolumen übersteigenden Leistungen werden bis 25 % über dem Praxisvolumen mit einer Quote von 80 % und über 25 % bis 50 % mit einer Quote von 40 % vergütet. Leistungen von mehr als 50 % über dem Praxisvolumen werden nicht vergütet.

5. **Weitere Vorwegabzüge aus dem Vergleichsgruppenbudget:**

- 5.1 Vorwegabzug für die Vergütung eines Zuschlags bei teleophthalmologischer Behandlung gemäß Anlage 9 zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung in Fällen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Vergleichsgruppe der Augenärzte. Der Zuschlag ist unter der Abrechnungsziffer 99621A abzurechnen und beträgt 15,00 Euro. Der Zuschlag ist einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig und im Behandlungsfall neben der augenärztlichen Grundpauschale des Kapitels 6 ausgeschlossen.

6. **Vergütung der übrigen Leistungen aus dem Vergleichsgruppenbudget**

- 6.1 Das Vergleichsgruppenbudget abzüglich der unter den Punkten 2 bis 5 sowie in Anlage 3 genannten Vorwegabzüge ergibt das Budget für die übrigen Leistungen, welche aus dem Vergleichsgruppenbudget zu honorieren sind.
- 6.2 Die Division des gemäß Punkt 6.1 gebildeten Budgets durch den Leistungsbedarf für die übrigen Leistungen, welche aus dem Vergleichsgruppenbudget zu honorieren sind, ergibt die Quote für die übrigen Leistungen.
- 6.3 Für die Auszahlungsquote gemäß Punkt 6.2 gilt eine Mindestquote von 50 %. Die hierfür notwendigen Finanzmittel werden aus dem Vorwegabzug gemäß § 8 II Punkt 7 entnommen.

§ 9

Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets

1. Eine Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich kann erfolgen, wenn die mittlere Quote für Leistungen im Vergleichsgruppenbudget unter dem Durchschnitt dieser Quote über alle fachärztlichen Vergleichsgruppen liegt und mindestens einer der nachfolgenden Gründe erfüllt ist:
 - die Leistungssteigerung in den nicht quotiert vergüteten Leistungen innerhalb des Vergleichsgruppenbudgets, zu einem Rückgang der Quote für die übrigen Leistungen um mindestens 3 % führt.
 - die mittlere Quote für Leistungen im Vergleichsgruppenbudget einer Vergleichsgruppe um mindestens 3 % unter dem Durchschnitt dieser Quote über alle Vergleichsgruppen liegt,
 - die Zunahme der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, sofern dies durch gesetzliche Regelungen (z.B. Sonderbedarfszulassungen) möglich ist, zu einem Rückgang der Quote für übrige Leistungen um mindestens 5 % führt,
2. Die Finanzierung der Anpassungen aufgrund von Punkt 1 erfolgt aus dem Vorwegabzug gemäß § 8 II Punkt 7.
3. Die Zuweisung der Mittel gemäß Punkt 2 erfolgt quartalsweise durch den Vorstand der KV Sachsen, sofern eine basisrelevante Zuweisung erforderlich wird, entscheidet die Vertreterversammlung der KV Sachsen über eine Anpassung der Anlage 1.
4. Die Vertreterversammlung wird regelhaft über die vorgenommenen Anpassungen zu Lasten des Vorwegabzuges gemäß § 8 II Punkt 7 informiert.

§ 10

Übergangsregelungen

1. Soweit Leistungen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches innerhalb der MGV vereinbart werden, die bisher außerhalb der MGV honoriert wurden, und keine expliziten gesetzlichen Regelungen und Vorgaben zur Honorarverteilung bestehen, werden diese dem jeweiligen Vergleichsgruppenbudget zugeordnet und gemäß den Vorgaben zur Vergütung der übrigen Leistungen honoriert. Die hierfür einbudgetierten Finanzmittel werden gemäß dem Anteil der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsmenge auf die betroffenen Vergleichsgruppen aufgeteilt
2. Soweit die Honorierung von Leistungen außerhalb der MGV vereinbart wird, die bisher innerhalb der MGV honoriert wurden, werden die Bereinigungsbeträge gemäß dem Anteil der im Bereinigungszeitraum abgerechneten Leistungen aus dem betreffenden Budget bereinigt.
3. In Bezug auf eine Bereinigung der Gesamtvergütung gelten die entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschuss bzw. die Regelungen in regionalen Verträgen.

4. Soweit Neueinführungen oder Änderungen von GOPen des EBM durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses oder Änderungen im Hinblick auf förderungswürdige Leistungen im Rahmen der MGV-Vereinbarung vorgenommen werden, erfolgt erforderlichenfalls eine vorläufige Zuordnung der betroffenen GOP zu bestimmten Vorwegabzügen bzw. Vergütungsbereichen durch den Vorstand. Die vorgenommene Zuordnung wird der nächsterreichbaren Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt.
5. Die Beschlüsse des BA und die KBV-Vorgaben gelten vorrangig. Falls HVM-Regelungen abweichen, erfolgt in der nächsterreichbaren Vertreterversammlung eine Anpassung.

§ 11

Inkrafttreten

Dieser HVM tritt am 1. Januar 2026 in Kraft und ersetzt den HVM vom 23. August 2025.

Die Regelung gemäß § 3 Punkt 7 Satz 3 tritt rückwirkend zum 1. November 2025 in Kraft.

Anlage 1

Aufteilung auf und innerhalb der vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich

Die Mittel für die vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina im fachärztlichen Versorgungsbereich werden wie folgt gebildet:

- Schritt 1: Ermittlung der vergleichsgruppenindividuellen Auszahlungsquote 2019 für die aus der Vergleichsgruppe zu honorierenden Leistungen unter Berücksichtigung der prognostizierten Auswirkungen der EBM-Reform mit Stand 1. April 2020. Sofern das unterjährige Inkrafttreten der TSVG-Regelungen zu ungerechtfertigten Verwerfungen der Auszahlungsquoten führt, kann der Vorstand diese ausgleichen.
- Schritt 2: Ermittlung der gewichteten mittleren Auszahlungsquote für die unter Schritt 1 ermittelten Quoten.
- Schritt 3: Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe nach Schritt 1 im Vergleich zu der mittleren Quote 2019 nach Schritt 2 innerhalb eines Korridors von $\pm 2\%$, bleiben die Mittel für diese Vergleichsgruppe unverändert.

Liegt die Quote einer Vergleichsgruppe nach Schritt 1 außerhalb des genannten Korridors, so werden die Mittel der Vergleichsgruppen, die über dem genannten Korridor liegen, anteilig auf die Vergleichsgruppen, deren Quote unterhalb des genannten Korridors liegen, maximal bis zum Erreichen des Korridors, verteilt.

Die Mittel je Vergleichsgruppe werden festgestellt und das prozentuale Verhältnis der Mittel der Vergleichsgruppen untereinander ermittelt.

Vergleichsgruppenwechsel werden berücksichtigt. Basis des Vergleichsgruppenwechsels ist das angeforderte Honorar nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung des betroffenen Arztes multipliziert mit der Veränderung des Vergleichsgruppenanteils der Vergleichsgruppe, aus der der betroffene Arzt wechselt.

Anlage 2

Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches

Vergleichsgruppe	Bezeichnung
003	Fachärzte für Anästhesiologie
004	Fachärzte für Augenheilkunde
005	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie und für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
006	Fachärzte für Frauenheilkunde
007	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
008	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
009	Fachärzte für Humangenetik, Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie und Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen sowie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin und Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.)
010	Fachärzte für Innere Medizin, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, mit und ohne Schwerpunkt
011	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie), Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
012	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Nuklearmedizin sowie Fachärzte für Strahlentherapie
013	Fachärzte für Urologie
014	Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen und andere ermächtigte Einrichtungen sowie Hausärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM
015	Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfes (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 18 Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinien*. * Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarfes aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorvorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Anteils erfolgt erstmals im 1. Quartal des aktuellen Jahres und gilt bis zum 4. Quartal des aktuellen Jahres. Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu ermitteln.

- Ärzte in Einrichtungen nach **§ 400 Abs. 2 SGB V** sowie Ärzte mit Sonderbedarfszulassung werden der entsprechenden Vergleichsgruppe (siehe oben) zugeordnet.
- Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, deren Ermächtigungsumfang der Zulassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder Psychotherapeuten inhaltlich entspricht, werden der entsprechenden Vergleichsgruppe (siehe oben) zugeordnet.

- Ärzte mit mehreren zugelassenen Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunkt-kompetenzen werden grundsätzlich entsprechend ihrer Lebenslangen Arztnummer (LANR) der betreffenden Arzt-/Vergleichsgruppe zugeordnet.

Anlage 3

Rückstellungen, Vorwegabzüge und Zuführungen

1. Bereich vor Aufteilung der MGV auf die Vergütungsvolumina

Von der MGV wird ein Anteil von 0,2 % zur Bildung des Strukturfonds für den Finanzierungsanteil der KV Sachsen für Fördermaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V (KV-Anteil), entnommen. Dieser wird gemäß dem hausärztlichen (§ 2 Punkt 2.3) und fachärztlichen (§ 2 Punkt 2.4) Vergütungsvolumen aufgeteilt. Der auf die hausärztlichen Vergütungsvolumina gemäß § 2 Punkt 2.3 entfallende Anteil wird ausschließlich aus dem verbleibenden Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich (§ 5 Punkt 3) entnommen. Der auf das fachärztliche Vergütungsvolumina gemäß § 2 Punkt 2.4 entfallende Anteil wird hieraus entnommen.

2. Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich

Für sämtliche Rückstellungen und Zuführungen gilt, dass der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Anteil (Vergütungsvolumina gemäß § 2 Punkt 2.3) ausschließlich aus dem verbleibenden Vergütungsvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich (§ 5 Punkt 3) entnommen oder zugeführt wird. Der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 2 Punkt 2.4) entfallende Anteil wird hieraus entnommen.

2.1. Rückstellungen und Zuführungen für den Ausgleich von Unter- oder Überschüssen in anderen Vergütungsvolumina

2.1.1. Unter- oder Überschüsse im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen

Es werden Rückstellungen gebildet für den Ausgleich von Unterschüssen im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen. Der auf das Vergütungsvolumen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Finanzierungsanteil an dem Unterschuss richtet sich nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen des jeweiligen Abrechnungsquartals.

Für Überschüsse im Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen gilt die Vorschrift analog.

2.1.2. Unter- oder Überschüsse im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung

Es werden Rückstellungen gebildet für den Ausgleich von Unterschüssen im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung. Der auf das Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches entfallende Finanzierungsanteil an dem Unterschuss richtet sich nach der Anzahl der Vertragsärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben der KBV, Teil B, Schritt 11.).

Für Überschüsse im Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung gilt die Vorschrift analog.

- 2.2. Rückstellungen und Zuführungen im haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen aus anderen Gründen
 - 2.2.1. Rückstellungen wegen Forderungen aus Vorquartalen, soweit das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist.
 - 2.2.2. Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, soweit nicht anders geregelt und das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen betroffen ist.
 - 2.2.3. Abzug für die Entschädigung einer Arztpraxis gemäß § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V. Der Abzug wird in den nächsterreichbaren Quartalen aus dem Verteilungsvolumen derjenigen haus- bzw. fachärztlichen Vergleichsgruppe entnommen, dem die Praxis angehört.
 - 2.2.4. Abzug für die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen bzw. Maßnahmen auf Beschluss des Landesausschusses nach § 105 Abs. 4 SGB V (KV-Anteil).
 - 2.2.5. Rückstellungen für gesamtvertragliche Verpflichtungen
 - 2.2.6. Rückstellungen für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches, sofern eine Berücksichtigung gemäß den gesetzlichen Vorgaben möglich ist.
 - 2.2.7. Zuführungen bzw. Abzüge aus den FKZ-Salden gegenüber dem jeweiligen Vergütungsvolumen. Nicht zuordenbare Anteile werden entsprechend dem Verhältnis zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich auf diese Bereiche aufgeteilt.
 - 2.2.8. Zuführung aus Honorarkürzungen gemäß § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V, § 291b Abs. 5 SGB V und § 341 Abs. 6 SGB V, soweit innerhalb der MGV erbrachte Leistungen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches betroffen sind.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. in den Vergleichsgruppenbudgets des fachärztlichen Versorgungsbereiches erfolgt ein Abzug für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V, sofern kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminvermittlungsstelle ersatzweise vorgenommen wurde. Die Vergütung der Leistungen entsprechend § 120 Abs. 3a SGB V erfolgt nach SGO.

Nicht benötigte Rückstellungen bzw. Überschüsse werden als Rückstellungen in Folgequartale verwandt oder werden in Folgequartalen in das Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches zurückgeführt.

Anlage 4

Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V entsprechend den Vorgaben der KBV

1. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen § 116b Abs. 6 S. 13 und 14 SGB V (ambulant-spezialfachärztliche Versorgung –ASV–)

- 1.1. Das Bereinigungsvolumen je ASV-Diagnose gem. § 116b Abs. 6 S. 13 und 14 SGB V ist gemäß der Vorgabe der KBV bis auf die Arztebene je Quartal zu berücksichtigen.
- 1.2. Das Bereinigungsvolumen wird auf die zur ASV-Teilnahme berechtigten Arztgruppen mit dem Anteil der Arztgruppe an der festgesetzten durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patienten komplett aufgeteilt und das jeweilige Verteilungsvolumen, ggf. differenziert nach den vergleichsgruppenspezifischen Verteilungsvolumina, entsprechend vermindert.

Abweichend hiervon wird das entsprechende Bereinigungsvolumen auch aus dem Vergütungsvolumen für Laborleistungen sowie „Genetisches Labor“ und dem Vorwegabzug für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) entnommen. Der Bereinigungsbetrag wird anderen Vorwegabzügen dann entnommen, wenn im ersten Quartal der Bereinigung der entsprechende Anteil 1 % des Vorwegabzuges übersteigt.

Die Bereinigung findet im entsprechenden Quartal des Folgejahres statt. Bis zur Bereinigung können gegebenenfalls Rückstellungen gebildet werden.

- 1.3. In der Einführungsphase je ASV erfolgt in den Jahren 2 und 3 eine Differenzbereinigung jeweils zum Vorjahresquartal. Ab dem Jahr 4 wird die Bereinigung aus Jahr 3 basiswirksam fortgeschrieben.

2. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen § 73b Abs. 7 SGB V, § 140a Abs. 6 ff. SGB V und nach §§ 63 ff. SGB V

- 2.1. Es gelten die entsprechenden Bereinigungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses.
- 2.2. Leistungen des Hausarztes bzw. Kinderarztes, welche von der Bereinigung erfasst sind, aber nicht Bestandteil der Vergütungsvolumina Hausarzt-MGV bzw. Kinderarzt-MGV sind, werden zu Lasten des Budgets für die übrigen Leistungen bereinigt. Die von der Bereinigung umfassten Leistungen der Fachärzte werden im fachärztlichen Versorgungsbereich zu Lasten der dortigen Vergütungsvolumina, Vorwegabzüge und Vergleichsgruppenbudgets bereinigt, denen sie zugeordnet sind.
- 2.3. Voraussetzungen für die Bereinigung bereichseigener Selektivverträge ist, dass die betreffende Krankenkasse, die einen Selektivvertrag nach § 73b ff. SGB V geschlossen hat, bzw. der für diese Krankenkasse zuständige Landesverband mit der KV Sachsen zur Bereinigung der MGV eine für diesen Selektivvertrag geltende Bereinigungsvereinbarung abgeschlossen hat.

2.4. Bereinigung von bereichsfremden Selektivverträgen

- 2.4.1. Bereichsfremde Selektivverträge sind Selektivverträge in anderen KV-Bereichen, an denen Versicherte mit Wohnort in Sachsen teilnehmen.
- 2.4.2. Das sich je Krankenkasse und Quartal ergebende Bereinigungsvolumen wird entsprechend den an der Selektivversorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie den bereinigten Leistungen aus den Vergütungsvolumina (laboratoriumsmedizinische Leistungen, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Haus- bzw. Fachärztlicher Versorgungsbereich) und / oder Untervolumina (Genetisches Labor, PFG) entnommen.

Die Verteilung auf die Vergütungsvolumina und Untervolumina erfolgt unter Berücksichtigung der Bereinigungsvereinbarung und der Datenlage.

3. Bereinigungsverfahren im Rahmen von § 87a SGB V

Sobald die Bereinigungssummen nach § 87 a SGB V in der in die Verteilung eingehenden MGW wirksam werden, wird das Bereinigungsvolumen auf diejenigen Verteilungs- und Vergütungsvolumina aufgeteilt, welche von der Bereinigung betroffen sind.

4. Rückstellungen

Für alle in der Anlage genannten Bereinigungsverfahren gilt, dass bei verspäteten Datenlieferungen Rückstellungen in den genannten Versorgungsbereichen gebildet werden können.

5. Bereinigung des zu erwartenden Honorars wegen Teilnahme von Ärzten an Verträgen nach §§ 63 bzw. 140a ff SGB V

Sobald Verträge nach §§ 63 bzw. 140a ff SGB V zur Bereinigung angemeldet werden, wird diese Anlage entsprechend ergänzt.