

BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008

In Fortsetzung der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung auf der Basis des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind gemäß §§ 87 und 87a bis 87c SGB V bis zum 31. August 2008 grundlegende Eckpunkte, Verfahren und Inhalte durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Die zu beschließenden Vorgaben betreffen insbesondere die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die Rahmenvorgaben für die Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnungen sowie die Berechnung der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2009.

Hierzu beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss gegliedert in den Beschlussteilen

- Teil A Beschluss gemäß § 87c Abs. 1 SGB V zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009
- Teil B Beschluss gemäß § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V eines Verfahrens zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009
- Teil C Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 2 SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur
- Teil D Beschluss gemäß § 87 Abs. 2c SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil E Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V
- Teil F Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V
- Teil G Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V
- Teil H Beschluss gemäß § 87 Abs. 2 SGB V zur Festlegung eines Verfahrens zur Anpassung von Leistungsbewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Teil A

Beschluss gemäß § 87c Abs. 1 SGB V zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009

mit Wirkung zum 01. September 2008

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87c Abs. 1 SGB V für die erstmalige Festlegung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes für das Jahr 2009 das Folgende:

1. Ermittlung des Finanzvolumens

1.1 Aufsatzzeitraum

Der Zeitraum des 1. bis 4. Quartals 2007 dient als Aufsatzzeitraum für die Ermittlung des Finanzvolumens nach § 87c Abs. 1 Satz 3 SGB V.

1.2 Abgrenzung der Gesamtvergütung

Es ist von den nach § 85 Abs. 1 SGB V entrichteten Gesamtvergütungen auszugehen.

Unberücksichtigt bleiben

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
7. Hautkrebsscreening,
8. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
9. Strahlentherapie,
10. Phototherapeutische Keratektomie,
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung.

1.3 Weiterentwicklung der Gesamtvergütung 2007

1.3.1 Weiterentwicklung der Grundlohnsummensteigerung

Die nach 1.1 und 1.2 angepassten Gesamtvergütungen werden um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2008 erhöht. Der resultierende Betrag wird um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2009 erhöht.

1.3.2 Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Stände der Gesamtverträge (insbesondere noch nicht für die Jahre 2007 und 2008 abgeschlossene Honorarvereinbarungen, noch nicht geleistete Nachzahlungen und Außenstände sowie über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehende Honorarsteigerungen) erfolgt eine Anhebung der nach 1.3.1 ermittelten Gesamtvergütungen mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 2,0 vom Hundert.

2. Ermittlung der Leistungsmenge

2.1 Aufsatzzeitraum

Ausgangsbasis für die Ermittlung der Leistungsmenge sind die im 1. bis 4. Quartal 2007 abgerechneten Leistungen gemäß der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Satzart ARZTRG87c1.

2.2 Festlegung der Leistungsmenge nach Wertstellung

Grundlage ist die sachlich-rechnerisch anerkannte Leistungsmenge unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Die Ermittlung der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen (HVV-Quote) erfolgt auf der Grundlage der Datenlieferungen gemäß der 154. Sitzung des Bewertungsausschusses. Die HVV-Quote beträgt 0,9059.

2.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Zu berücksichtigen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten sind unter Verwendung des sich aus der kassenseitigen Abrechnung (Formblatt 3) für alle Leistungen insgesamt ergebenden durchschnittlichen Punktwertes für alle Krankenkassen in Punktzahlen umzurechnen. Dieser Punktwert beträgt 3,4836 Cent.

Nicht einzubeziehen sind die gemäß 1.2 bei der Ermittlung der Gesamtvergütung ausgeschlossenen Leistungen.

2.4 Ermittlung des Anpassungsfaktors zur Anpassung des Leistungsbedarfs für besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Der bei der Ermittlung des Orientierungswertes berücksichtigte auf Basis des Leistungsbedarfs des 1. bis 4. Quartals 2007 anzuwendende Anpassungsfaktor wird für nachfolgende Leistungen wie folgt festgelegt:

1.	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	1,3201
2.	Akupunktur	1,1714
3.	Polysomnographie	1,2043
4.	MRT-Angiographie	1,1687
5.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie gem. Abschnitt 35.2	1,2923

3. Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge

Die unter 2. bestimmte Leistungsmenge wird hinsichtlich der Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge angepasst. Der ermittelte mittlere Zuwachs beträgt 9,70 Prozent. Um diese Veränderungsrate ist die unter 2. bestimmte Leistungsmenge zu erhöhen. Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung im Jahre 2008 und zu den Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM werden bei der Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2010 berücksichtigt.

4. Festlegung des erstmaligen Orientierungswertes

Der erstmalige Orientierungswert bestimmt sich als Quotient des nach 1. ermittelten Finanzvolumens und der nach Maßgabe von 2. und 3. ermittelten Leistungsmenge. Der Orientierungswert wird für das Jahr 2009 in Höhe von 3,5058 Cent festgelegt.

Teil B

Beschluss gemäß § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V zum Verfahren der Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009

mit Wirkung zum 01. September 2008

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87c Abs. 4 SGB V folgende Vorgaben für die Gesamtvertragspartner zur erstmaligen Bestimmung des mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarfs für jede Krankenkasse für das Jahr 2009.

1. Ermittlung der Leistungsmenge

1.1 Aufsatzzeitraum

Ausgangsbasis für die Ermittlung der im Jahre 2008 erbrachten Menge vertragsärztlicher Leistungen sind die im Zeitraum des 1. bis 4. Quartals 2007 abgerechneten Leistungen aus der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Satzart ARZTRG87c4.

1.2 Festlegungen der Leistungsmenge nach Wertstellung

Grundlage ist die je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip je KV-Bereich zuzuordnenden Versicherten erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen. Die Auswirkungen der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen werden wie folgt berücksichtigt:

Die je Versicherten mit Wohnsitz in den alten Bundesländern¹ und Kasse abgerechnete Leistungsmenge wird mit der vom Erweiterten Bewertungsausschuss ermittelten Honorarverteilungsquote in Höhe von 0,9059 multipliziert. Für die Versicherten mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern² beträgt die Honorarverteilungsquote 0,9544.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, durch geeignete Verfahren der Plausibilisierung und des Summenabgleichs die Übereinstimmung der Leistungsmengen zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Gesamtergebnis mit den Leistungsmengen zur Ermittlung des Orientierungswertes zu überprüfen. Für die Ermittlung der Bruttoleistungsmenge wird ein Verfahren festgelegt (siehe Anlage).

1.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 des EBM werden mit dem von den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V in Punktzahlen umgerechnet.

Nicht einzubeziehen sind:

1. Leistungen gemäß Punkt 1.2 in Beschluss Teil A
2. die Substitutionsbehandlung.

¹ KV Bezirke: Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Saarland

² KV Bezirke: Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Sachsen

1.4 Bereinigung bei Abschluss von Selektivverträgen

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 15. Oktober 2008 ein geeignetes Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Betrages je Versichertem, der einem Selektivvertrag beitrifft, beschließen.

2. Auswirkungen von Punktzahländerungen im EBM

Die unter 1. bestimmte Leistungsmenge wird um die Veränderungsrate erhöht, die der Bewertungsausschuss in Beschlussteil A zur Ermittlung des Orientierungswertes zur Berücksichtigung der Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM festgelegt hat. Für die Leistungen gemäß Beschluss Teil A, 2.4, gilt darüber hinaus der jeweils dort festgestellte Anpassungsfaktor.

3. Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten

Die je Krankenkasse gemäß 1. und 2. ermittelte Leistungsmenge dividiert durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2007 (definiert nach Satzart ANZVER87c4 im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung) stellt den für 2009 zugrunde zu legenden Behandlungsbedarf je Versicherten nach § 87c Abs. 4 SGB V dar.

4. Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009

Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen. Diese wird mit 5,1 % festgesetzt.

5. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der Krankenkasse gemäß 4. und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie dem nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses vereinbarten Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V. Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung im Jahre 2008 und zu den Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM werden bei der Festlegung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2010 berücksichtigt.

Teil C

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 2 SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2009 mit Wirkung zum 01. September 2008

Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach § 87 Abs. 2e Satz 1 SGB V abgewichen werden kann. Für die Punktwertvereinbarungen für das Jahr 2009 beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss wie folgt:

1. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2009 fest, dass unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Versorgungsstruktur zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte auf Grund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur rechtfertigen würden.

2. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2009 fest, dass unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Kostenstruktur zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte auf Grund von Unterschieden in der Kostenstruktur rechtfertigen würden.

3. Amtliche Indikatoren zur Messung der regionalen Wirtschaftskraft

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt nach sorgfältiger Prüfung der Datengrundlagen und deren Eignung, dass die in § 87c Abs. 2 SGB V angeführten Indikatoren zur Messung der regionalen Wirtschaftskraft für das Jahr 2009 nicht anzuwenden sind.

Teil D

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2c SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung zum 01. September 2008

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Hierzu beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss wie folgt:

- 1. Aufhebung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses der 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004, aktualisiert durch den Beschluss der 96. Sitzung (DÄ 102, Heft 7, A-457), der 139. Sitzung (DÄ 105, Heft 7, A-356) und der 151. Sitzung (DÄ 105, Heft 17, A-913) zur angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten**

Alle Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V sowie die damit zusammenhängenden Interpretationsbeschlüsse werden zum 01. Januar 2009 aufgehoben. An ihre Stelle treten die nachfolgenden Regelungen.

- 2. Änderung der Leistungsbewertungen im EBM mit Wirkung ab dem 01. Januar 2009**

- 2.1 Leistungen**

Dieser Beschluss regelt ausschließlich die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM.

- 2.2 Anpassung der Leistungsbewertungen**

Zur Berücksichtigung des gesetzlichen Auftrages und der höchstrichterlichen Rechtsprechung werden die derzeit gültigen Leistungsbewertungen der Leistungen gemäß 2.1 mit Wirkung ab 01. Januar 2009 um den Faktor 1,2923 gesteigert.

Teil E

Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

mit Wirkung zum 01. September 2008

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ein Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

1. Grundsatz

Zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der Morbiditätsstruktur werden HCC-Gruppen des Patientenklassifikationssystems für die ärztliche Vergütung, in denen ICD-Gruppen enthalten sind, die akute Infektionen repräsentieren und die damit nur schwer vorhersehbar sind, herangezogen. Wird für diese ein deutlich überproportionaler Anstieg der Häufigkeit festgestellt, gilt dies als unvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes; näheres ist in Ziffer 2 geregelt. Zudem gelten Ausnahmeereignisse (z. B. Ausbruch von Epidemien oder von Naturkatastrophen) als unvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes; näheres ist in Ziffer 3 geregelt.

2. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

2.1 Identifikation akuter Erkrankungen

Die folgenden HCC-Gruppen des Patientenklassifikationssystems können einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auslösen:

HCC-Nr.	Bezeichnung
2	Sepsis/Schock
3	Infektionen des Zentralnervensystems
4	Tuberkulose
5	Infektionen durch opportunistische Erreger
6	Andere Infektionskrankheiten
112	Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
115	Andere Lungenerkrankungen

2.2 Zusätzliche Vergütung aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Der nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Behandlungsbedarf wird folgendermaßen berechnet:

Die durchschnittliche Relativgewichtssumme je Versicherten je Krankenkasse für diese HCC des Jahres 2008 wird mit der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten des Jahres 2009 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2008 verglichen. Übersteigt der Anstieg der Relativgewichtssumme je Versicherten je Krankenkasse dieser HCC den Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten je Krankenkasse insgesamt für alle HCC um mehr als 25%, so gilt die Differenz der Überschreitungsanteile als nicht vorhersehbarer Anstieg der Morbidität bezogen auf die HCC gemäß 2.1. Der daraus anhand des Patientenklassifikationssystems zu ermittelnde Leistungsbedarf auf Basis von Relativgewichten aus dem Jahr 2008 wird insoweit vergütet, als der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf im Jahr 2009 der Krankenkasse insgesamt überschritten ist.

3. Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

3.1 Ausnahmeereignisse

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V liegt auch vor, wenn Ausnahmeereignisse eintreten, insbesondere:

- Epidemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt
- Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse, bei denen mindestens 2 % der Bevölkerung der jeweiligen Region verletzt wurden und Katastrophenalarm ausgelöst wurde

3.2 Kennzeichnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ärztliche Behandlungen, die für Versicherte aufgrund der unter 3.1. aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen.

3.3 Zusätzliche Vergütung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Die gekennzeichneten Leistungen nach 3.2 werden zeitnah nach Vorlage der entsprechenden Abrechnungen von der jeweiligen Krankenkasse nach den Sätzen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungen für den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

Teil F

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 01. September 2008

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor. Auf der Basis dieser Vorgaben beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss das folgende Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

1. Grundsatz der Vergütung der Ärzte

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der Ärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2 Nr. 2 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird.

1.2 Bezugsgrößen der Regelleistungsvolumen

1.2.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

1.2.2 Arztbezogene Ermittlung

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt.

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

1.2.3 Tätigkeitsumfang eines Arztes

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

1.2.4 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen und Abrechnung

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der

Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen zu Berufsausübungsgemeinschaften überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

2. Umfang des von den Regelleistungsvolumen umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung

2.1 Ärzte und Arztgruppen

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.

2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

2.3 Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

3. Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen

3.1 Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumen

Gemäß § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V stellt die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 5. die Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen dar. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie
- unter Abzug der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen
- unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 (erhöhtes Volumen gemäß Beschluss Teil D)

anzupassen.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen (RLV_{VG}) verwendet.

3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln.

3.3 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Beschluss Teil E festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

3.4 Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

- Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis

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

3.5 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Die Partner der Gesamtverträge beschließen für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

Sofern nichts entsprechend Anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal.

3.6 Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

3.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.8 Information durch die Kassenärztlichen Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder Arztpraxis gemäß 3.2 bis 3.7.

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 1 werden für

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet.

4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.

5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

Die Partner der Gesamtverträge können die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen 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 Regelleistungsvolumen erfolgt dann je Arzt getrennt für die beteiligte Arztgruppe und beteiligte Kasse bzw. Kassenart. Für die übrigen Krankenkassen werden arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen gemeinsam und einheitlich je Arzt ermittelt und festgesetzt.

Kommt eine Einigung zwischen den Partnern der Gesamtverträge gemäß Satz 1 nicht zu Stande, sind im Fall von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V die Regelleistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte praxisindividuell um die mit der Zahl der Versicherten und dem jeweiligen Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73 c Abs. 3 und § 140 a SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern. Das Institut gem. § 87 Abs. 3b SGB V wird beauftragt, bis zum 30. September 2008 einen Vorschlag für die erforderlichen Berechnungsgrundlagen zu entwickeln.

6. Weiterentwicklung der Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen des mit Wirkung zum 01. Januar 2009 erstmalig vorgegebenen Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen überprüfen und ggf. weitergehende Beschlüsse fassen. Dabei berücksichtigt der Bewertungsausschuss insbesondere

- die Entwicklung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Auswirkung der gesetzlichen Vorgabe in § 87a Abs. 3a SGB V zur Anerkennung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung sowie
- die Einführung der Punktwerte bei Unter- und Überversorgung ab dem 01. Januar 2010 in seiner Beschlussfassung bis zum 31. August 2009.

Anlage 1 zum BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 5 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Teil F

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren.
3. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.
4. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
 - Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
 - Fachärzte für Anästhesiologie
 - Fachärzte für Augenheilkunde
 - Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
 - Fachärzte für Frauenheilkunde
 - Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Fachärzte für Humangenetik
 - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit /Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung

5. Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

Für jeden nachfolgenden Leistungsbereich erhält ein Arzt des hausärztlichen Versorgungsbereichs jeweils ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zusätzlich zur Verfügung steht, wenn er über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt. Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Quartals des Jahres 2007 mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Betrag in Euro
1.	Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50
2.	Psychosomatik	35100 und 35110	3,00

3.	Prokto/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
4.	Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
5.	Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
6.	Langzeit- Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
7.	Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
8.	Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
9.	Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 des EBM	1,00

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen der in 5. genannten Leistungsbereiche ausfüllen. Das mit den Leistungen in 5. korrespondierende Honorarvolumen kann dagegen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden.

Die Honorarvolumen für die Leistungsbereiche nach 3. bis 9. können gegenseitig verrechnet werden.

Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des entsprechenden Quartals 2007 herangezogen.

Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 des EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 des EBM kann das Regelleistungsvolumen entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

Anlage 2 zum BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 5 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Teil F

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

1. Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VRLV_{VB})

$$VRLV_{VB} = \frac{VG_{VB}}{VG} * RLV_{VG}$$

VG: Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen

VG_{VB}: Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

VB: hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

RLV_{VG}: RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1

2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (RLV_{VB})

a. Das RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs wird ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 1. unter Abzug

- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. 5,
- von 4 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- der zu erwartenden Zahlungen für Neupraxen,
- zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (GOP 01210 bis 01222)
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)

- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40.
- b. Das RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 1. unter Abzug
- von 4 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestuft zu vergütenden Leistungen,
 - der zu erwartenden Zahlungen für Neupraxen,
 - zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
 - der zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen,
 - der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (GOP 01210 bis 01222)
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
 - ESWL (GOP 26330)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Polysomnographie (GOP 30901)
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
 - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40
- c. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche wie folgt anzupassen:
1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet quartalsweise statt.

2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.
- d. Soweit im Zusammenhang mit Verträgen nach §§ 73b oder 73c SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.
- e. Die Vorgaben zur Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens nach 1. und des RLV-Vergütungsvolumens nach 2. eines Versorgungsbereichs gelten bis zum Ablauf des 31. Dezember 2011. Der Bewertungsausschuss wird im Zusammenhang mit der für das Jahr 2012 geplanten Neuregelung der Bedarfsplanung die Auswirkungen seiner Vorgaben in 1. und 2. überprüfen und notwendige Anschlussregelungen treffen.
- f. Über das Verfahren der Vorwegabzüge gemäß 2. einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * RLV_{VB}$$

LB_{VB}: Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs

LB_{AG}: Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

RLV_{VB}: RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs gemäß 2.

4. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

Schritt 1: Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals

(FZ_{AG})

Schritt 2: Ermittlung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

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

5. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

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

FZ_{Arzt} : Anzahl kurativ-ambulanter Arztfälle eines Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte gemäß 3.2.1.

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach 3.6 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

6. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für alle Versicherten

n_f = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

n_g = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

n_h = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr

n = Zahl der Arztfälle eines Arztes

Das Regelleistungsvolumen gemäß 3.2.1 eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

7. Übergangsregelung

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den Arztfällen vorgegeben. Für das 1. und 2. Quartal

2009 sind die Arztfälle des 1. bzw. 2. Quartals 2008 zu verwenden. Die Kennzeichnung der Abrechnungen unter Angabe der Arztnummer eines Arztes gemäß § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV wurde erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt. Zur Bemessung der Anzahl der Arztfälle für das 1. und 2. Quartal 2009 werden daher die Abrechnungen des 1. bzw. 2. Quartals 2008 wie folgt ausgewertet:

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle.
- b) In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte.
- c) Die Zahl der Arztfälle in fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen werden nach der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen. Für Ärzte des gleichen Fachgebiets wird die Zahl der Arztfälle je Arzt mit der Zahl der entsprechenden abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen.

Teil G

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V mit Wirkung zum 01. September 2008

Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss erstmalig Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V:

1. Von der Summe der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden Anteile für die Bildung von Rückstellungen verwendet:
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2.

2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2008 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 5 SGB V anzuwendenden Berechnungsformel nach § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2009 fest.

3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Jahr 2007 für die unter Nr. 1 genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2009 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge

4. Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal berücksichtigt.

Teil H

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2 SGB V zur Festlegung eines Verfahrens zur Anpassung von Leistungsbewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 01. September 2008

1. Der Bewertungsausschuss wird mit Wirkung zum 01. Januar 2009 für die Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 3 bis 10, Beschluss Teil A Anpassungen der Leistungsbewertung wie folgt beschließen:

Die derzeit gültigen Leistungsbewertungen in Punkten der Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 3 bis 10, Beschluss Teil A werden neu festgelegt. Die Festlegung ergibt sich aus der Multiplikation eines Faktors mit den jeweils gültigen Leistungsbewertungen. Der Faktor ergibt sich aus der Division des nachfolgenden Auszahlungspunktwertes durch den Orientierungswert gemäß 4. in Beschluss Teil A.

Für die Leistungen gemäß 1.2, Nr. 3, Beschluss Teil A wird der höchste Auszahlungspunktwert des Jahres 2007 für diese Leistungen derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen, die diesbezüglich das unterste Terzil aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen bilden.

Für die Leistungen gemäß 1.2, Nr. 4, Beschluss Teil A wird dasselbe Verfahren angewandt.

Für die Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 5 bis 10, Beschluss Teil A wird jeweils der bundesdurchschnittliche Auszahlungspunktwert des Jahres 2007 herangezogen.
2. Die Leistungen gemäß 2.4, Nrn. 1 bis 4, Beschluss Teil A werden mit dem jeweils dort aufgeführten Faktor höher bewertet.
3. Die Neufestlegung dieser Leistungsbewertungen erfolgt unter Erhalt der derzeitigen Bewertungsgrundlagen und verändert nicht die Prüfzeiten gemäß Anhang 3 des EBM. Dies gilt auch für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2.
4. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Inhalte der für diese Leistungen bisher gültigen Bundesempfehlungen nach § 86 SGB V durch die Partner der Gesamtverträge fortgeführt werden.
5. Den Partnern der Gesamtverträge wird empfohlen, die Höhe der nach der Neubewertung dieser Leistungen zu zahlenden Vergütung auch unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu überprüfen und festzustellen, ob zur Sicherung einer angemessenen Vergütung ergänzende Regelungen erforderlich sind. Hierfür können leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert vereinbart werden.

Protokollnotizen

1. zu Beschluss Teil A, 1.2 Nr. 4

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass mit der Herausnahme von Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V aus der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung keine präjudizielle Wirkung verbunden ist für die Rechtsauffassung, die der GKV-Spitzenverband in den sozialgerichtlichen Verfahren um die Festsetzung des Vertrages nach § 115b SGB V durch Beschluss des Erweiterten Bundesschiedsamts vom 17. August 2006 vertritt.

2. zu Beschluss Teil A, 1.2 Satz 1

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass mit der Zuordnung von Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V zu der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung keine präjudizielle Wirkung verbunden ist für die Rechtsauffassung, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechend der Festsetzung des Erweiterten Bundesschiedsamts in den sozialgerichtlichen Verfahren um die Festsetzung des Vertrages nach § 115b SGB V durch Beschluss des Erweiterten Bundesschiedsamts vom 17. August 2006 vertritt.

3. zur Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“

Die in den Beschluss Teilen A bis H aufgeführte Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“ bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gemeinsam und einheitlich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

4. zu den Regelungen des Beschluss Teils E

Die Inhalte des Beschluss Teils E gelten ausschließlich für das Jahr 2009 und haben keine präjudizielle Wirkung für die Ausgestaltung und die Anwendung des durch den Bewertungsausschuss erworbenen Patientenklassifikationssystems bzw. des Verfahrens zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2010ff.