

Beschluss

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 170. Sitzung

zu den Grundsätzen der Bereinigung von arzt- und praxis- bezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V bei Beitritt eines Arztes zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V

**mit Wirkung
zum 1. Oktober 2008 bis zum 31. Dezember 2009**

Präambel

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend zu bereinigen.

Bei der Bestimmung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach §87b Abs. 2 und 3 SGB V ist nach §87b Abs. 3 Satz 2 Nrn. 1 und 4 SGB V die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sowie die Zahl und der Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörigen Ärzte zu berücksichtigen.

Dieser Beschluss regelt Verfahrensgrundsätze, die bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina einzuhalten sind.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 15.01.2009 auf dieser Basis ein konkretes Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina beschließen.

Verfahrensgrundsätze

Die Partner der Gesamtverträge stellen folgende Grundsätze sicher:

1. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina erfolgt für die gleichen Quartale, in denen die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung bereinigt wird.
2. Der Grundsatz der kassenartenübergreifenden Regelleistungsvolumina wird beibehalten.

3. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen erfolgt ausschließlich hinsichtlich der am Selektivvertrag beteiligten Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung und ausschließlich hinsichtlich bereinigungsrelevanter selektivvertraglicher Leistungen, welche durch bereichseigene Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erbracht werden.
4. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 1.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung entsprechen. Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu einer über den Ausschluss von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 1.3 Satz 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung hinausgehenden Ausgliederung weiterer vertragsärztlicher Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V sind ergänzend hierzu zu beachten.
5. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V, die dem Regelleistungsvolumen gemäß Beschluss Teil F, 2. unterliegen.
6. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen gemäß Beschlussteil G sowie der Vorwegabzüge gemäß Beschlussteil F, Nr. 3.1 und Beschlussteil F, Anlage 2, Nr. 2 werden berücksichtigt.
7. Mehrfachbereinigungen bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
8. Für den Fall einer deklaratorischen Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. mit § 87c Abs. 4 SGB V kann auch eine deklaratorische Bereinigung des Regelleistungsvolumens vereinbart werden.
9. Die Verfahrensgrundsätze nach 1. bis 8. werden analog auf die Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen von an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten der in Beschluss Teil F, 4.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung genannten Arztgruppen angewendet.