

**Beschluss
des Erweiterten Bewertungsausschusses
nach § 87 Abs. 4 SGB V**

**in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009
zur**

**Umsetzung und Weiterentwicklung der
arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**mit Wirkung zum
01. Januar 2009**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt in Ergänzung zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998) und vom 23. Oktober 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2602 – A 2604) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V das Folgende:

Teil A

**Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der
arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen sind die im Beschlusstil F des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1), anzuwenden. Sollte es nach Anwendung dieser Regelungen nachweislich weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen

kommen, können die Partner der Gesamtverträge¹ einvernehmlich - ab dem 1. April 2009² und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 – das unter den Ziffern 2. bis 4. dargestellte Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Es ist sicherzustellen, dass bei der Bewertung der Höhe der Honorarverluste der GKV-Gesamtumsatz einer Praxis einschließlich der zu erwartenden Vergütung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und einschließlich der Vergütung aus Vorwegabzügen berücksichtigt wird.

2. Soweit die Gesamtvertragspartner Sonderregelungen nach 1. treffen, werden diese mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Regelleistungsvolumen ausgestaltet. Hierzu legen die Partner der Gesamtverträge prozentuale Grenzwerte für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal fest. Dabei kann von der Vorgabe des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.7 zur Höhe des Honorarverlustes, abgewichen werden. Die fortlaufenden Anpassungen des EBM mit Wirkung ab 1. Januar 2008 sind versorgungsbereichs- und arztgruppenbezogen zu berücksichtigen.

Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzveränderungen der einzelnen Arztpraxen auf die mit den Grenzwerten festgelegte Höhe erfolgt unter den folgenden Bedingungen:

- a. Die die festzulegenden Grenzwerte nach 2. überschreitende Höhe der Umsatzveränderung im Vergleich zum Vorjahresquartal ist nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden, nicht gewollt und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet.
 - b. Der GKV-Umsatz der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom Umsatz des Vorjahresquartals ab.
 - c. Der Fallwert der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom entsprechenden Fallwert des Vorjahresquartals ab.
3. Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.
 4. Bestehende Differenzen zwischen den sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses ergebenden Regelleistungsvolumen und den aus den regionalen Sonderregelungen nach 1. ergebenden Regelleistungsvolumen sind bis zum 31. Dezember 2010 vollständig aufzuheben. Der Bewertungsausschuss stellt zum 1. Januar 2010 fest, ob die getroffenen Maßnahmen zur Konvergenz

¹ Die Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“ bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gemeinsam und einheitlich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

² Sofern in einer Region die Regelleistungsvolumen im 1. Quartal 2008 unter Vorbehalt zugewiesen wurden, kann die regionale Sonderregelung auch rückwirkend zum 1. Januar 2009 vereinbart werden.

- ausreichend sind und wird ggf. durch entsprechende Regelungen sicherstellen, dass die Konvergenz vollzogen wird.
5. Der Bewertungsausschuss wird die Umsetzung und Auswirkung seiner Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten und die Vergütung der Vertragsärzte, insbesondere auch die (Konvergenz-)Regelungen zur Ermittlung und Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen fortlaufend überprüfen und im notwendigen Umfang anpassen.
 6. Hierzu sind im Interesse einer größtmöglichen Transparenz die durch die Gesamtvertragspartner beschlossenen Regelungen nach Ziffer 1. bis 4., die auf dieser Grundlage getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Vergleich zur Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen entsprechend den unveränderten Vorgaben der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses analog den Regelungen in Teil B dieses Beschlusses durch die Kassenärztliche Vereinigung zu dokumentieren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.
 7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 6. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung und bei den Vorwegabzügen gemäß Beschluss Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.

Protokollnotiz zu Ziffer 2.:

Der GKV-Spitzenverband geht von folgenden Grenzwerten aus:

- a) *Für den Zeitraum 1. April 2009 bis 31. Dezember 2009 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 80% bzw. 120% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008.*
- b) *Für den Zeitraum 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 70% bzw. 130% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008.*

Teil B

Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

Mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, ergänzt und geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 164. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8. Sitzung sowie durch Teil A dieses Beschlusses, ist in Beschluss Teil F, 3.8 grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß der Vorgaben des Beschlusses informiert.

Für die Konkretisierung der Umsetzung dieser Information fasst der Erweiterte Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen.

1. Grundsätze

- 1.1** Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis vereinbaren die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren auf der Grundlage von 2.
- 1.2** Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen gemäß 2. erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zum 1. des ersten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- 1.3** Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Verwendung der bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumen eingestellten Beträge gemäß 3. erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband für das erste und zweite Abrechnungsquartal 2009 spätestens zum Ende des 6. Monats und ab dem dritten Abrechnungsquartal 2009 spätestens zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- 1.4** Die nach 1.2 und 1.3 zu übermittelnden Daten sind in elektronisch verarbeitbarem Dateiformat (xls- oder csv-Format) zur Verfügung zu stellen.

2. Nachweis der Ermittlung und Zuweisung der Regelleistungsvolumen

- 2.1** Die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung erfolgt in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A und 2B, 3 bis 7 der Tabelle 3 und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlagen zu diesem Beschluss.
- 2.2** Der in Tabelle 4 der Anlage zu diesem Beschluss geforderte praxisbezogene Ausweis ist nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pseudonymisiert durchzuführen; die Festlegung zum Verfahren der Pseudonymisierung erfolgt in Abstimmung mit dem Institut des Bewertungsausschusses. Aus Gründen des

Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.

3. Information zur Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Werte

3.1 Der Nachweis zur Verwendung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt in Spalte 3 der Tabellen 1, 2A und 2B sowie in Bezug auf die Auslastung der Regelleistungsvolumen in den Spalten 8 bis 14 der Tabelle 4 der Anlagen zu diesem Beschluss.

3.2 Der in Tabelle 4 der Anlage zu diesem Beschluss geforderte praxisbezogene Ausweis ist nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pseudonymisiert durchzuführen; die Festlegung zum Verfahren der Pseudonymisierung erfolgt in Abstimmung mit dem Institut des Bewertungsausschusses. Aus Gründen des Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.