

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009
zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen
Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V
mit Wirkung zum 1. Januar 2010**

Der Bewertungsausschuss beschließt in Ergänzung zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 vom 2. September 2009 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 39 vom 25. September 2009, A 1907 - A 1919) in seiner 199. Sitzung den folgenden Beschluss:

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 1. Januar 2010

I. Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

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 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 gemäß Abschnitt IV. überprüfen und die Vorgaben ggf. anpassen.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das nach Anlage 2 Nr. 5. ermittelte praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
- b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31. März 2010 und wird gemäß Abschnitt IV. überprüft sowie ggf. angepasst. Eine Anschlussregelung hinsichtlich der Fallzählung muss die Ergebnisse der Entwicklung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen ab dem 1. Quartal 2008 sowie die Arztfälle ab dem 3. Quartal 2008 bis einschließlich 2. Quartal 2009 bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten berücksichtigen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die entsprechenden Daten bis zum 30. November 2009 dem Institut des Bewertungsausschusses für weitergehende Analysen zur Verfügung zu stellen. Über die Spezifikation der Daten werden sich die Vertragspartner einigen.

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, antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, Leistungen im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) 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 Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 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.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

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, 6. 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 Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2
- unter Abzug des entsprechenden Vergütungsvolumens aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Auswirkungen des GKV- OrgWG nach Beschluss Teil B, Nr. 3.3 in Höhe von 0,1722 vom Hundert zur Verwendung im fachärztlichen Versorgungsbereich

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 RLV-Fallzahl des Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß 2.3 hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

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

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität

Der 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 Abstufung

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, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

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. Bei der Festsetzung der Praxisbesonderheiten ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis möglich. 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 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 die 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 § 73b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73c Abs. 3 und § 140a ff. SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. Oktober 2009 ein konkretes Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen beschließen. Dabei werden die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 überprüft und ggf. geändert.

6. Weiterentwicklung der Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen des Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen fortlaufend 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.

II. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge¹ einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 – ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

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

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Für den Fall, dass es für Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2 Verlagerungen zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform gibt, treffen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass es nicht zu – durch die Laborreform bedingten – finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen kommt.

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren nach 1. beschließen, wird dieses mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben ausgestaltet.
3. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Ärzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten. Weiterhin ist Anlage 2, Nr. 1 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zu beachten.
4. Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von Abschnitt I., Ziffer 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.
5. Bestehende Differenzen zwischen der sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und der aus dem regionalen Verfahren nach 1. ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sind bis zum 31. Dezember 2010 vollständig aufzuheben. Der Bewertungsausschuss stellt zum 1. Januar 2010 fest, ob die getroffenen Maßnahmen zur Konvergenz ausreichend sind und wird ggf. durch entsprechende Regelungen sicherstellen, dass die Konvergenz vollzogen wird.
6. 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.
7. 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 Abschnitt III. 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.

8. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 5. 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 in 2010 und bei den Vorwegabzügen gemäß Anlage 2 sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.
9. Die Regelungen nach den Ziffern 1. bis 8. schreiben den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses 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 (Teil A), geändert durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009 sowie ergänzt durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil B) am 20. April 2009, fort und ersetzen diesen mit Wirkung ab 1. Januar 2010.

III. Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

In Abschnitt I., Ziffer 3.8 ist 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 Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen. Dieser Beschluss schreibt den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen (Teil B), geändert durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil C) am 20. April 2009 sowie in seiner 183. Sitzung am 30. April 2009, fort und ersetzt diesen mit Wirkung ab 1. Januar 2010.

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 Anlage 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 Anlage 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.

IV. Ankündigung weiterer Änderungen in den Abschnitten I. bis III. dieses Beschlusses

Der Bewertungsausschuss wird die Vorgaben in den Abschnitten I. bis III. dieses Beschlusses auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2009 insgesamt überprüfen und bis zum 31. Dezember 2009 mit Wirkung ab 1. April 2010 beschließen, insbesondere

- über weitere Anpassungen seiner Vorgabe zur Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs,
- über die Einführung von Fallwertzuschlägen zum Regelleistungsvolumen für Leistungen in den Vorwegabzügen gemäß Anlage 2 Nr. 2 des Abschnitts I. dieses Beschlusses und – in Zusammenhang mit einer Zusammenfassung der RLV-Arztgruppen für diagnostische Radiologie gemäß Anlage 1, Nr. 4 – für Leistungen der Abschnitte 34.2.9, 34.3, 34.4 und 34.5 nach Anlage 1 zum Abschnitt I. dieses Beschlusses, Ziffern 4. und 6. sowie
- über geeignete Maßnahmen zur Stabilisierung der Höhe der Regelleistungsvolumen, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Dies kann auch die für die Ermittlung der Höhe des Regelleistungsvolumen relevante Fallzahl betreffen.

Anlage 1

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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, insbesondere bei Arztgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Leistungserbringung.
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 bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

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 RLV-Fälle gemäß 2.3 im Vorjahresquartal 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 RLV-Fälle des entsprechenden Vorjahresquartals 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.

6. Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

Für jeden nachfolgenden Leistungsbereich erhält ein Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht Facharzt für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie ist, 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 RLV-Fälle gemäß 2.3 im Vorjahresquartal mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

Für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282) gelten die nachfolgenden arztgruppenspezifischen Beträge zur Ermittlung des Honorarvolumens:

Arztgruppen	Zuschlag je Fall in Euro
1	2
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
Fachärzte für Frauenheilkunde	3,90
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,80
Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	3,80

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	4,70
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
Fachärzte für Neurochirurgie	4,70
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	7,20
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,60
Fachärzte für Urologie	3,30
Sonstige Facharztgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebietes gehört	5,30

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen der in 6. genannten Leistungsbereiche ausfüllen. Das mit den Leistungen in 6. korrespondierende Honorarvolumen kann dagegen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden.

Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der RLV-Fälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen.

Anlage 2

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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})

$$\text{VRLV}_{\text{VB}} = \frac{\text{VG}_{\text{VB}}}{\text{VG}} * \text{RLV}_{\text{VG}}$$

VG: Vergütungsvolumen 2007 in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 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 in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 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 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen,
 - zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
 - der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537),
 - der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
 - Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte 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
- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. 6.,
 - von 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - zu gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen,
 - 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 zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677),
 - der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
 - Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
 - Leistungen des Abschnitts 5.3
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
 - Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323)
 - Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6
 - Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)
 - Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
 - ESWL (GOP 26330)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Polysomnographie (GOP 30901)
 - Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
 - Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte 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 Beschluss Teil F, Nr. 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß 3.1 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 Beschluss Teil F, Nr. 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß 3.1 einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

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

3.1 Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM in 2009 durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298

4. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

Schritt 1: Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der RLV-Fälle 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

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

FZ_{Arzt} : Anzahl der RLV-Fälle 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.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß 1.2.4 aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

6. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen

- f =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-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 Leistungsbedarf je RLV-Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für alle Versicherten
- n_f =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- n_g =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- n_h =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr
- n =** Zahl der RLV-Fälle 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 RLV-Fällen pro Jahr in der Arztgruppe.

Anlage 3 zum Beschluss Teil F, Abschnitt III.

**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
(Information der Zuweisung und Verwendung der Regelleis-
tungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen)**

Tabelle 1

Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

Quartal		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
1	2	3
Vereinbarte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Euro		
FKZ-Saldo in Euro		
Abzug Vergütung für Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM in Euro		
= RLV-Vergütungsvolumen in Euro		
Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
dabei berücksichtigter EBM-Effekt im hausärztlichen Versorgungsbereich		
dabei berücksichtigter EBM-Effekt im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich in Euro		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich in Euro		

Tabelle 2A
Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Quartal		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
	Euro	Euro
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Anlage 1 Nr. 5		
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1. kein RLV erhalten		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten		
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102)		
Leistungen im organisierten Notfalldienst		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241 und 04241)		
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4		
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3		
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32		
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40		
ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i>		
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Tabelle 2B		
Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Quartal	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
Sachverhalt	Euro	Euro
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Anlage 1 Nr. 6		
2% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1. kein RLV erhalten		
zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 Teil F genannte Arztgruppen		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten		
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102)		
Leistungen im organisierten Notfalldienst		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7		
Leistungen des Abschnitts 5.3		
Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiome (GOP 10320 bis 10324)		
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323)		
Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6		
Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)		
Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)		
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)		
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32		
MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7		
Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40		
ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i>		
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Tabelle 3
Ermittlung der Fallwerte

Quartal	Kennzeichen	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LB _{AG} /LB _{VB}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	dabei berücksichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe (RLV _{AG}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	arztgruppenspezifische Anzahl der RLV-Fälle des Vorjahresquartals	Fallwert der Arztgruppe
		Prozent		Euro		Euro
1	2	3	4	5	6	7
Hausärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	1					
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben)	2					
Fachärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Anästhesiologie	3					
Fachärzte für Augenheilkunde	4					
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	5					
Fachärzte für Frauenheilkunde	6a					
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	6b					
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	7					
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	8					
Fachärzte für Humangenetik	9					
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	10					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	10aa					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	10ab					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	10b					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	10c					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	10d					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	10ea					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	10eb					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	10f					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	10g					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	10h					
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	17					
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	11					
Fachärzte für Nervenheilkunde	12					
Fachärzte für Neurologie	13					
Fachärzte für Nuklearmedizin	14					
Fachärzte für Orthopädie	15					
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	16					
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %	18					
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %	19					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	20					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	21					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	22					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	23					
Fachärzte für Urologie	24					
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	25					
Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben)	26					

Tabelle 4
Arzt- und praxisbezogene Information zu Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

Quartal							Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss						
Arztpraxis-Pseudonym ¹⁾	Anzahl der Ärzte	Kennzeichen der Arztgruppe (siehe "Ermittlung Fallwerte") ^{2), 3)}	Anzahl der RLV-Fälle im Vorjahresquartal ³⁾	Zugewiesenes RLV in Euro	Zusatz-RLV aus Fallwertzuschlägen gem. Anlage 1	Summe RLV	Anzahl der RLV-Fälle im aktuellen Quartal ³⁾	Honorar innerhalb zugewiesenen RLV	Honorar zu abgestaffelten Preisen ohne Überschreitung Zusatz-RLV	Honorar innerhalb Zusatz-RLV	Honorar zu abgestaffelten Preisen der Leistungen des Zusatz-RLV	Summe Honorar innerhalb RLV	Summe Honorar zu abgestaffelten Preisen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

¹⁾ Das einer Arztpraxis zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten, sofern sich die Zusammensetzung einer Arztpraxis nicht ändert.

²⁾ Das Kennzeichen ist bei arztgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften nicht anzugeben.

³⁾ Die Angaben sind für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmal gemäß 2.2 und 3.2 nicht erforderlich.