

**B E S C H L U S S**  
**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V**  
**in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010**

**zur Änderung des Beschlusses des 218.**  
**Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 zur Berechnung**  
**und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen**  
**Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2010<sup>1</sup>**

---

Beschluss Teil F, Abschnitt I sowie dessen Anhang 1 zu Anlage 4 des Beschlusses des 218. Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (*Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23. April 2010 und auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses*) wird wie folgt geändert:

1. In Teil F, Abschnitt I, Nr. 2.1, Abs. 3, Satz 1 wird nach dem Wort „Versorgungsauftrag“ der Halbsatz  
„, es sei denn, die Partner der Gesamtverträge haben gleichwertige andere Maßnahmen zur Steuerung der Leistungen für ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen vereinbart.“  
angefügt.

---

<sup>1</sup> Sofern in einer Region die Regelleistungsvolumen im 3. Quartal 2010 unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die nachfolgenden Änderungen des Beschlusses in den betroffenen KV-Bezirken auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 1. Juli 2010 in Kraft gesetzt werden.

2. In Teil F, Abschnitt I, wird nach der Nr. 4.2.3 zusätzlich folgende Nr. 4.3 eingefügt:

„4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG.“

3. Teil F, Abschnitt I, Anlage 3 wird wie folgt geändert:

Bei der Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 wird bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Spalte Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen hinter der Position Allergologie das Wort „Zusatzbezeichnung“ gestrichen.

Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie wird in der Spalte Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen die Position „Allergologie“ neu eingefügt. Dieser Position werden in der Spalte Gebührenordnungspositionen des EBM die Gebührenordnungspositionen „30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123“ zugeordnet.

Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie wird in der Spalte Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen die Position „Hyposensibilisierungsbehandlung“ neu eingefügt. Dieser Position wird in der Spalte Gebührenordnungspositionen des EBM die Gebührenordnungsposition „30130“ zugeordnet.

4. Anhang 1 zu Anlage 4 zum Beschluss Teil F, Abschnitt I, Teil I, wird wie folgt geändert:

a) Nach Schritt 8.) wird folgender Schritt 8.a) neu eingefügt:

„Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

( = LAB<sup>2009</sup> )“

b) In Schritt 10.) wird der Term „TVG<sub>2</sub><sup>2009</sup>“ gestrichen und durch den Term „LAB<sup>2009</sup> – LFKZ<sub>HÄ</sub><sup>2009</sup>“ ersetzt sowie am Ende folgender Satz angefügt:

„wobei LFKZ<sub>HÄ</sub><sup>2009</sup> den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.“

5. Anhang 1 zu Anlage 4 zum Beschluss Teil F, Abschnitt I, Teil I, wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 der Einleitung zu Anhang 1 wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

„Die folgenden Berechnungen sind bis zum 31. Dezember 2010 ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.“

b) Dem Schritt 3.) werden am Ende folgende Sätze angefügt:

„*Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.*“

c) Dem gemäß Nr. 4. a) dieses Änderungsbeschlusses neu eingefügten Schritt 8.a) wird am Ende folgender Satz angefügt:

„*Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).*“

- d) Dem gemäß Nr. 4. b) dieses Änderungsbeschlusses geänderten Schritt 10.) wird am Ende folgender Satz angefügt:

*„Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:*

$$TVG_{2HA}^{2009} = LAB_{HA}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{HA}^{2009} \text{“}$$

- e) Dem Schritt 18.) wird am Ende folgender Satz angefügt:

*„Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden.“*

- f) Dem Schritt 23.) werden an die Wörter „Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen“ folgende Wörter in Klammern angefügt:

*„(gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)“*

6. Die Änderungen unter Nr. 5. dieses Änderungsbeschlusses werden bis zum 31. Dezember 2010 befristet.