

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 233. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V vom 26. März 2010 (*Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010*), zuletzt geändert durch Beschluss des 228. Bewertungsausschusses vom 1. Juli 2010 (*Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 09.07.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Heft 30, Jg. 107 vom 30.07.2010, Seite A 1480*) wird wie folgt geändert:

Teil A

1. Beschlussteil F, Abschnitt III wird wie folgt neu gefasst:

„III. Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

In Abschnitt I., Ziffer 3.9 ist grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualitätsgebundenen Zusatzvolumen 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, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. 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

und in seiner 183. Sitzung am 30. April 2009 sowie fortgeschrieben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) sowie fortgeschrieben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, geändert in der 228. Sitzung des Bewertungsausschusses am 1. Juli 2010 und der 233. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), fort und ersetzt diesen mit Wirkung ab 1. Oktober 2010.

1. Grundsätze

- 1.1 Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gemäß Abschnitt I, Ziffer 4 an den Arzt bzw. Psychotherapeuten vereinbaren die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren auf der Grundlage von 2.
- 1.2 Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Beträge 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 bis zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- 1.3 Die elektronische Datenübermittlung nach 1.2 legt der Bewertungsausschuss in einer technischen Anlage zu diesem Beschluss fest.

2. Nachweis zu den Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

- 2.1 Die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung und die praxisbezogene Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A und 2B, 3 und 4 der Tabelle 3A, 3 bis 6 der Tabelle 3B und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlage 9 zu diesem Beschluss. Die leistungserbringerbezogene Zuweisung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt in den Spalten 1 bis 5 der Tabelle 5 der Anlage 9 zu diesem Beschluss.
- 2.2 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 und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in den Spalten 8 bis 10 der Tabelle 4 der Anlage 9 zu diesem Beschluss. Der Nachweis der Auslastung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt in den Spalten 6 und 7 der Tabelle 5 der Anlage 9 zu diesem Beschluss.
- 2.3 Der in den Tabellen 4 und 5 der Anlage 9 zu diesem Beschluss geforderte praxis- bzw. leistungserbringerbezogene 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 Tabellen 4 und 5 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen

bzw. Ärzten bzw. Psychotherapeuten und Praxen bzw. Ärzten bzw. Psychotherapeuten mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl (nur Tabelle 4).“

2. In der Anlage 9 zum Beschlussteil F, Abschnitt III wird an die Tabelle 4 folgende Tabelle 5 angefügt:

| Tabelle 5 | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|
| Information zu Zuweisung und Auslastung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen je Arzt bzw. Psychotherapeut gemäß Abschnitt I, Ziffer 4 | | | | | | |
| Quartal | | | | | Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss | |
| Leistungs erbringer-Pseudonym ¹⁾ | Kennzeichen der Arztgruppe (siehe "Ermittlung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen") ²⁾ | Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Abschnitt I, Ziffer 4.2.1 | Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Abschnitt I, Ziffer 4.2.2 | Zeitbezogene Kapazitätsgrenze gemäß Abschnitt I, Ziffer 4.2.3 | Ausschöpfung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Abschnitt I, Ziffer 4.2.3 | Zu abgestaffelten Preisen vergütete Leistungen |
| | | | | | Minuten ³⁾ | Minuten ³⁾ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹⁾ Das einem Arzt bzw. Psychotherapeuten zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten.

²⁾ Die Angaben sind für Arztgruppen mit weniger als 40 Ärzten bzw. Psychotherapeuten und Ärzten bzw. Psychotherapeuten mit Alleinstellungsmerkmal gemäß Abschnitt III, Ziffer 2.3 nicht erforderlich.

³⁾ Die Angaben der Minuten erfolgen gemäß Abschnitt III, Ziffer 4 auf Basis der Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Teil B

Dem Anhang 1 zu Anlage 4 zum Beschlussteil F, Abschnitt I wird am Ende folgende Feststellung angefügt:

„Feststellung des Bewertungsausschusses zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ in Anhang 1 zu Anlage 4, Schritte 7), 10), 13) und 24) bis 27):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.“