

# **Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009**

## **zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Regelungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009**

### **Teil A**

## **Änderung des Beschlusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**mit Wirkung zum 01. Juli 2009<sup>1</sup>**

---

Der Bewertungsausschuss beschließt in Umsetzung seines Ankündigungsbeschlusses aus der 175. Sitzung die nachfolgenden Anpassungen der in Beschluss Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August und 23. Oktober 2008 getroffenen Regelungen (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt JG. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1992-A1997, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2610-A2612). Der Bewertungsausschuss wird nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2009 diese prüfen und ggf. ergänzende Beschlüsse fassen.

**1. Aufnahme eines weiteren Absatzes hinter Beschluss Teil F Nr. 1.2.4 zur Vorgabe von Zuschlägen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten:**

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

---

<sup>1</sup> Sofern in einer Region die Regelleistungsvolumen im 2. Quartal unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die nachfolgend angekündigten Maßnahmen in dem betroffenen KV-Bezirk auf Beschluss der Partner der Gesamtverträge bereits mit Wirkung zum 1. April 2009 in Kraft gesetzt werden. In diesem Fall sind die Berechnungen und Anpassungen von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen auf die Abrechnungen des 2., 3. und 4. Quartals 2008 aufzusetzen.

maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht.

Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2009. 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 1. Quartal 2009 bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten berücksichtigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die entsprechenden Daten bis zum 31. August 2009 dem Institut des Bewertungsausschusses für weitergehende Analysen zur Verfügung zu stellen. Über die Spezifikation der Daten werden sich die Vertragspartner einigen.

## 2. Änderung Beschluss Teil F, Nr. 2.3:

### 2.3 Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle (RLV-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. Änderung Beschluss Teil F, Nr. 3.2.1:

### 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 ( $FZ_{Arzt}$ ). 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.

#### **4. Änderung Beschluss Teil F, Nr. 3.5:**

##### **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.

#### **5. Änderung Beschluss Teil F, Nr. 3.6:**

##### **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 mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

#### **6. Änderung von Beschluss Teil F, Anlage 1, Nr. 4, letzter Spiegelstrich**

- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

#### **7. Änderung in Beschluss Teil F, Anlage 1 Nr. 5. und 6., 1. Absatz, 2. Satz**

Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner RLV-Fälle gemäß 2.3 im Vorjahresquartal mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

#### **8. Änderung von Beschluss Teil F, Anlage 1 Nr. 6 (Fallwertzuschläge für Teilradiologie)**

Die Tabelle in Beschluss Teil F, Anlage 1 Nr. 6 wird durch folgendes ersetzt:

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

## 9. Änderung von Beschluss Teil F, Anlage 2:

### 1. Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VRLV<sub>VB</sub>)

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

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 EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen aller Arztgruppen

VG<sub>VB</sub>: Vergütungsvolumen 2007 in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

VB: hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

RLV<sub>VG</sub>: RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1

## 2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (RLV<sub>VB</sub>)

- 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
    - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
    - 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)
    - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
    - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
    - 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<sub>AG</sub>)

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * RLV_{VB}$$

LB<sub>VB</sub>: 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. EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß 3.1 aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs

LB<sub>AG</sub>: 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. EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß 3.1 einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

RLV<sub>VB</sub>: 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<sub>AG</sub>)

Schritt 2: Ermittlung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW<sub>AG</sub>)

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

**5. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

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

FZ<sub>Arzt</sub>: Anzahl 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 Leistungsbedarfs 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 Leistungsbedarfs 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 Leistungsbedarfs 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 Leistungsbedarfs je RLV-Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für alle Versicherten

**n<sub>f</sub>** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

**n<sub>g</sub>** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

**n<sub>h</sub>** = 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.

## **Teil B**

# **Ergänzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 10. Sitzung zur Änderung des Beschlusses Teil A vom 15. Januar 2009**

**mit Wirkung zum 01. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2009**

---

### **Anfügung eines weiteren Absatzes in der Nr. 1.:**

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Kostenerstattungen des Kapitels 32, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden, können 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 und Kostenerstattungen des Kapitels 32, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

## **Teil C**

# **Änderung der Anlagen des Beschlusses vom 15. Januar 2009 zur Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen**

**mit Wirkung zum 01. Juli 2009**

---

Der Bewertungsausschuss wird im Zusammenhang mit dem Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V vom 20. April 2009 in seiner Sitzung am 30. April 2009 über die entsprechenden Anpassungen der Anlage des Beschlusses Teil B des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 beschließen.

# **Teil D**

## **zur Transparenz der abgerechneten Leistungen**

### **mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

---

Der Bewertungsausschuss stellt in seiner 180. Sitzung am 20. April 2009 fest, dass durch den Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen aufgrund der Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß §§ 87a ff. SGB V sowie des Wohnortprinzips gemäß § 83 i. V. m. § 87a Abs. 3a SGB V für alle Krankenkassen zum 1. Januar 2009 die Transparenz der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gewährleistet sein muss.

Der Bewertungsausschuss fordert die Partner der Bundesmantelverträge auf, bis zum 31. Juli 2009 die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Einzelfallnachweises auf Basis des derzeit gültigen Übertragungsformates zu vereinbaren und im Rahmen der Vereinbarung über den Datenträgeraustausch nach § 295 Abs. 3 SGB V schnellstmöglich umzusetzen. Dabei ist sicherzustellen, dass der Umfang der zu liefernden Daten nicht eingeschränkt wird.