

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010**

**zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs
gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V
bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß
§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V
sowie zur**

Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2012

Präambel

Dieser Beschluss wird mit Wirkung ab 1. Januar 2011 mit Gültigkeit für das Abrechnungsjahr 2011 und 2012 gefasst und tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2012 außer Kraft.

Die Beschlussfassung erfolgt unter Berücksichtigung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), Stand 23. September 2010. Sollten einzelne Regelungen dieses Beschlusses durch eine nachfolgende Gesetzgebung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird der Bewertungsausschuss unverzüglich über notwendige Anpassungen beschließen.

Soweit der Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung von Übergangsregelungen für das erste Quartal 2011 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in seiner 235. Sitzung am 24. September 2010 mit Wirkung zum 30. September 2010 für das erste Quartal von der vorliegenden Beschlussfassung abweichende Übergangsregelungen vorsieht, bleiben diese unberührt.

Die pauschalierenden Regelungen nach Abschnitt II., Nr. 1.3, Abschnitt II., Nr. 1.5, Ziffer 8. sowie Abschnitt II., Nr. 3.1, Ziffer 1., Buchstabe c. können auch im ersten Quartal 2011 angewandt werden.

Dieser Beschluss gilt für die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V, die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind bzw. auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind.

Der Bewertungsausschuss wird rechtzeitig unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben über notwendige Anpassungen dieses Beschlusses für das Jahr 2013 entscheiden.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a SGB V nach Abschnitt II. dieses Beschlusses sowie über die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach Abschnitt III. dieses Beschlusses nicht zustande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind, bzw. auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind, das Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen.

I. Allgemeine Verfahrensgrundsätze

1. Die Krankenkasse hat den Abschluss eines Selektivvertrags frühzeitig mitzuteilen und die Verhandlungen zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumen (gemeinsam mit den anderen Beteiligten) unmittelbar aufzunehmen.
2. Die Verhandlungen zur erstmaligen Bereinigung von morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und Regelleistungsvolumen sind 12 Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals abzuschließen. Als erstmalige Bereinigung aufgrund eines Selektivvertrags einer Krankenkasse gilt die erste aufgrund dieses Selektivvertrags erforderliche Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Selektivvertrag wirksam wird (Vertrags-KV).
3. Kommt in dieser Frist eine Einigung nicht zustande, gelten die Verhandlungen als gescheitert mit der Folge, dass das jeweils zuständige Schiedsamt aufgefordert wird, den Bereinigungsvertrag innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Ablauf der Frist nach Nr. 2. festzusetzen.
4. Soweit das Schiedsamt innerhalb der 6-Wochenfrist keine Entscheidung trifft, hat die Kassenärztliche Vereinigung die Regelleistungsvolumen mit einem Änderungsvorbehalt hinsichtlich der noch durchzuführenden Bereinigung zu ver-

sehen und mitzuteilen. Nach Entscheidung des Schiedsamtes sind die endgültigen Regelleistungsvolumen festzustellen und mitzuteilen.

5. Vor einer Entscheidung des Schiedsamtes findet keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V und keine Kürzung der vertraglich vereinbarten Zahlungen statt. Entscheidungen des Schiedsamtes sind unverzüglich umzusetzen, falls die Entscheidung innerhalb der ersten 6 Wochen des Quartals, für das die Bereinigung vorgenommen wird, erfolgt. Bei späterer Entscheidung ist die Bereinigung für dieses Quartal rückwirkend und für das folgende Quartal ggf. rückwirkend durchzuführen, wenn die Krankenkassen die für die Bereinigung erforderlichen Daten fristgerecht nach Nr. 7. geliefert haben.
6. Diese Grundsätze und die Fristen gemäß Nrn. 1. bis 5. gelten nicht für die Fortführung und Anpassung bestehender Selektivverträge, für die es bereits Vereinbarungen zur Bereinigung gibt.
7. Die Krankenkasse kann jeweils bis zu 6 Wochen (bei erstmaliger Bereinigung bis zu 8 Wochen) vor Beginn des zu bereinigenden Quartals Daten liefern, die bei der Ermittlung der Bereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind.
8. Wenn bei zustande gekommenem Bereinigungsvertrag hinsichtlich der nach Nr. 7. gelieferten Daten kein Einvernehmen über die Datengrundlage erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen. Bis zur Entscheidung erfolgt eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gelieferten Daten gemäß Abschnitt II., Nr. 1.3, vorletzter Absatz bzw. Nr. 2.3 dieses Beschlusses. In diesem Fall hat die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung die Regelleistungsvolumen mit einem Änderungsvorbehalt zu versehen und mitzuteilen. Nach der Entscheidung des Schiedsamtes sind die endgültigen Regelleistungsvolumen mitzuteilen.

II. Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140a ff. Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend

- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach § 73b Abs. 4 SGB V vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an einem Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c Abs. 3 SGB V teilnehmenden

Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach § 73c Abs. 3 SGB V vereinbarten Versorgungsauftrag,

- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a SGB V vereinbarten Versorgungsbedarf

zu bereinigen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Eintritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 224. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), angekündigt, rechtzeitig und unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben ein Bereinigungsverfahren für das Jahr 2011 zu beschließen. Dementsprechend beschließt der Bewertungsausschuss hierzu folgendes Verfahren, welches auch für das Jahr 2012 gilt:

1. Grundsätze für die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1.1 Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner

Die Inhalte der vertraglichen Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und den für die bereinigende Krankenkasse zuständigen Verband der Krankenkassen (zuständige Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V) vereinbart und umgesetzt. Dies gilt auch für den Fall der KV-übergreifenden Bereinigung nach Nr.1.3.

Bei der Bereinigung ist das unter den Nrn. 2. und 3. beschriebene Verfahren festzulegen. Die zuständigen Vertragspartner können einvernehmlich ein abweichendes Verfahren festlegen. Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a SGB V nicht zustande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind bzw. auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind, das Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen. Hierbei sind die Verfahrensgrundsätze gemäß Abschnitt I. anzuwenden.

1.2 Quartalsweise Bereinigung

Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs für die Jahre 2011 und 2012 nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V erfolgt quartalsweise unter Beachtung von Nr. 2.1 dieses Beschlusstils

- für bis zum 31. Dezember 2010 abgeschlossene Selektivverträge beginnend mit dem ersten Quartal 2011,
- für ab dem 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2012 abgeschlossene Selektivverträge beginnend mit dem auf den Abschluss des Vertrages folgenden Kalenderquartal.

1.3 KV-übergreifende Bereinigung

Wenn Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung (Wohnort-KV) am Selektivvertrag in der Vertrags-KV teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.

Hierzu wird zwischen der Wohnort-KV und dem zuständigen Partner der Gesamtverträge gemäß § 83 Abs. 1 SGB V in der Wohnort-KV eine Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung geschlossen. Diese Vereinbarung legt die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Fälle der KV-übergreifenden Bereinigung, d.h. für die an Selektivverträgen in einer Vertrags-KV teilnehmenden Versicherten mit Wohnort in der Wohnort-KV, fest.

Gegenüber der Wohnort-KV wird je teilnehmendem Versicherten der nach diesem Beschluss in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Wohnort-KV ermittelte (bereichseigene und bereichsfremde) durchschnittliche Leistungsbedarf der Versicherten in der Wohnort-KV gemäß Nr.3.1, Ziffer 1., Buchstabe c. dieses Beschlusses bereinigt. Die Vertragspartner der KV-übergreifenden Bereinigungsverträge können auch einvernehmlich den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Vertrags-KV zugrunde legen.

Im Falle der KV-übergreifenden Bereinigung liefert die betreffende Krankenkasse die vom Bewertungsausschuss bis zum 30.11.2010 festzulegenden Daten an die Wohnort-KV.

Die Partner der KV-übergreifenden Bereinigungsverträge können auch pauschale Bereinigungsbeträge einvernehmlich vereinbaren. Hierbei ist die besondere Morbidität der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten zu berücksichtigen.

1.4 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung

Für Selektivverträge, die bis zum 31. Dezember 2012 mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Arbeitsgemeinschaften abgeschlossen werden, kann einvernehmlich festgelegt werden, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V deklaratorisch unter quartalsweiser einvernehmlicher Feststellung des sich aus dem jeweiligen Selektivvertrag ergebenden Bereinigungsanteils des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V erfolgt.

1.5 Weitere Verfahrensgrundsätze

Die Partner der Gesamtverträge stellen folgende Grundsätze sicher:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
2. Doppelbereinigungen von Leistungen für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen einer Krankenkasse sind nicht zulässig.
3. Die nach den Bereinigungsverfahren gemäß den Nrn. 3.1 und 3.2 ermittelten vom morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf abzusetzenden Leistungsbedarfe werden mit dem regionalen Punktwert für den Regelfall gemäß § 87a Abs. 2 SGB V bewertet.
4. Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Voraussetzung für die Vergütung ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß Nr. 2.4.
5. Nehmen in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke in Anspruch, können die Partner der Gesamtverträge vereinbaren, dass die Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt. Wenn dies der Fall ist, ist eine Bereinigung der in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsbedarfe nicht zulässig. Die Partner der Gesamtverträge prüfen, ob sich der in fremden KV-Bezirken erbrachte Leistungsbedarf ändert, und ergreifen ggf. geeignete Maßnahmen.
6. Werden von der betreffenden Krankenkasse auch bereichsfremde Leistungen bereinigt, sind diejenigen selektivvertraglich vereinbarten Leistungen,

die für am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte in anderen KVen erbacht werden, von der betreffenden Krankenkasse gemäß den Regelungen zur nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme nach Nr. 1.5, Ziffer 4. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass diese Leistungen versichertenbezogen erfasst und im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) versichertenbezogen geltend gemacht werden.

7. Soweit die Partner der Gesamtverträge vereinbaren, den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gemäß § 73b Abs. 4 Satz 5 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung sicherstellen zu lassen, vereinbaren die Partner der Gesamtverträge eine Regelung zum Aufwendungsersatz.
8. Die Partner des Bereinigungsvertrages können zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung auch Abschlagsverfahren auf Basis der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten und pauschalen Bereinigungsbeträgen je Versicherten sowie eine spätere Spitzrechnung gemäß den Verfahren in Nr. 3. vereinbaren.
9. Die Partner der Gesamtverträge werden sich frühzeitig darüber einvernehmlich vereinbaren, wie mit ggf. stattfindenden und nicht gewünschten Belastungen der kollektivvertraglichen Versorgung umzugehen ist, wenn die im Selektivvertrag vereinbarten Inhalte zur Versorgung der Versicherten nicht beachtet werden. Dabei werden sowohl Verlagerungen von den der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Selektivvertrages in den Kollektivvertragsbereich als auch Verlagerungen von zunächst nicht der Bereinigung unterliegenden Leistungen vom kollektivvertraglichen Bereich in den Selektivvertragsbereich berücksichtigt.
10. Für die Vergütung der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß Abschnitt II., Nr. 1.5, Ziffer 4. erbrachten Leistungen vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein Abschlagsverfahren auf Basis des im Vorjahresquartal festgestellten Volumens.

2. Datengrundlage

2.1 Abstimmung der notwendigen Datengrundlagen und Berechnungen

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die termingerechte Bereitstellung der der Bereinigung zugrundeliegenden Daten gemäß Nr. 1.3, vorletzter Absatz bzw. Nr. 2.3, Ziffern 1. bis 4. an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung. Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse stellt der be-

troffenen Kassenärztlichen Vereinigung und dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene die für die Bereinigung erforderlichen Datengrundlagen gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140a ff. Abs. 2 SGB V in geeigneter Weise maschinenles- und -verarbeitbar spätestens 6 Wochen, bei erstmaliger Bereinigung spätestens 8 Wochen, vor dem nächsten bzw. ersten Bereinigungsquartal zur Verfügung. Nach Eingang der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung hat diese die Gelegenheit, die Daten innerhalb von 14 Kalendertagen zu prüfen und den Krankenkassen das Ergebnis sowie die festgestellten Implausibilitäten im Einzelnen schriftlich unter Angabe der konkreten Datenkonstellation mitzuteilen. Die Krankenkasse kann in diesem Falle innerhalb von 7 Kalendertagen nach Mitteilung des Prüfergebnisses der Kassenärztlichen Vereinigung korrigierte Daten unter Angabe des Korrekturverfahrens liefern, die bei der Bereinigung zu berücksichtigen sind. Bei Fortbestehen der Nichteinigung kann das Schiedsamt angerufen werden.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V über Teile der zur Bereinigung abzustimmenden Daten hinsichtlich der Plausibilität und Richtigkeit auf Grund von Unstimmigkeiten bis zum Ende der Prüffrist nicht zustande, so ist gemäß dem allgemeinen Verfahrensgrundsatz Abschnitt I., Nr. 8. zu verfahren.

2.2 Feststellung der infolge des Selektivvertrags aus dem Behandlungsbedarf entfallenden bereinigungsrelevanten ärztlichen Leistungen des EBM

Weitere Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die Darlegung über Art und Umfang der Leistungen, die durch den Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V aus dem Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entfallen.

Wenn diese Leistungen nicht eindeutig beschrieben werden können, ist das Einvernehmen über die Feststellung der den Inhalten der Versorgung nach den Verträgen gemäß §§ 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B Nr. 1.3 und 2.1 Nr. 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 herzustellen. Eine Nichteindeutigkeit kann z. B. vorliegen, wenn einzelne Leistungsbestandteile aus einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM selektivvertraglich vereinbart werden.

Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu einer über den Ausschluss von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B Nr. 1.3 und Nr. 2.1 Nr. 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsaus-

schusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 hinausgehende Ausnahme weiterer vertragsärztlicher Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V sind hierbei ergänzend zu beachten. Dies gilt entsprechend bei Einbeziehung von Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Ändert sich der Inhalt und Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrags, so sind diese Auswirkungen von der vertragsschließenden Krankenkasse darzulegen. Bei Nichteindeutigkeit bezüglich der Darstellung im EBM ist zwischen den zuständigen Partnern der Gesamtverträge über die Auswirkung dieser Änderungen auf die Bereinigung ebenfalls unverzüglich das Einvernehmen herzustellen.

2.3 Quartalsweise von der Krankenkasse an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu liefernde Daten

Folgende Daten werden quartalsweise von der den jeweiligen Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse bzw. von der bereinigenden Krankenkasse fristgerecht je Vertrag an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung sowie an den zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene übermittelt:

1. Angaben über den konkreten Versorgungsauftrag bzw. über dessen Änderung, insbesondere eine Liste der dem für das jeweilige Kalenderquartal nach Abschluss bzw. Anpassung des Vertrags gültigen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung,
2. aktuelle Liste der im jeweiligen Kalenderquartal nach Abschluss bzw. Änderung eines Selektivvertrags am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung mit Vor- und Nachnamen, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ, Status, Ein- und ggf. Austrittsdatum sowie im Einvernehmen LANR und BSNR des am Selektivvertrag teilnehmenden behandelnden Arztes,
3. aktuelle Liste der im jeweiligen Kalenderquartal eines Selektivvertrags am Selektivvertrag teilnehmenden bereichseigenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vor- und Nachnamen, LANR, BSNR, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten je Arzt bzw. bei Arztnetzen je Arztnetz,
4. der zu bereinigende jahresbezogene Leistungsbedarf insgesamt und nach Gebührenordnungspositionen des EBM, ggf. differenziert nach den Altersklassen gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutref-

fenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM sowie der zu bereinigende versichertenbezogene, jahresbezogene Gesamtleistungsbedarf der teilnehmenden Versicherten gemäß Versorgungsauftrag, soweit vorhanden, gemäß dem unter Nr. 3.1 beschriebenen Verfahren.

Hinsichtlich der Inhalte der Datenlieferungen ist die einvernehmliche Vereinbarung von Abweichungen möglich. Ohne einvernehmliche Vereinbarung ist die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbeschadet des allgemeinen Verfahrensgrundsatzes gemäß Abschnitt I., Nr. 8. auf Basis der Daten gemäß Ziffern 1. bis 4. durchzuführen.

Die in Ziffern 1. bis 4. aufgelisteten Daten gelten nicht für die KV-übergreifende Bereinigung gemäß Nr. 1.3. Die hierfür von den Krankenkassen zu liefernden Daten werden vom Bewertungsausschuss gemäß Nr. 1.3, vorletzter Absatz bis zum 30.11.2010 beschlossen.

2.4 Datenlieferung bei Inanspruchnahme des Kollektivvertrags von Teilnehmern eines Selektivvertrags

1. Bis spätestens 5 Monate nach Abschluss des jeweiligen Bereinigungsquartals liefert die Kassenärztliche Vereinigung der am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkasse die relevanten Versicherten-, Arzt- und Abrechnungsdaten in Fällen einer Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
2. Auf dieser Grundlage stellen die Partner des Bereinigungsvertrags die Menge der im jeweiligen Bereinigungsquartal insgesamt durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen fest. Die so festgestellte Leistungsmenge ist, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung für den Regelfall nach § 87a Abs. 2 SGB V, von der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse spätestens 14 Tage nach Eingang der Abrechnungsdaten an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten.
3. Hierzu vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bis zum 31.10.2010 Näheres über Inhalte, Formate sowie Übermittlungsmodalitäten (DTA-Vertrag).

Bestehende abweichende Vereinbarungen zur Abrechnung dieser Leistungen können im Einvernehmen fortgeführt werden.

2.5 Datengrundlagen bei der deklaratorischen Bereinigung

Haben sich die Partner des Bereinigungsvertrags auf das Verfahren der deklaratorischen Bereinigung geeinigt, erfolgt der Austausch der Datengrundlagen zwischen der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung analog der Verfahren gemäß Nr. 1.3, vorletzter Absatz bzw. der Nrn. 2.1 bis 2.3.

2.6 Verpflichtung zum Datenschutz

Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse bzw. der die Bereinigung durchführende zuständige Verband der Krankenkasse auf Landesebene sowie die betroffene Kassenärztliche Vereinigung stellen die Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Anforderungen sicher und verwenden die Daten ausschließlich zum Zweck der Bereinigung.

2.7 Vereinbarung der technischen Formate und Übermittlungsverfahren

Die konkreten technischen Formate und Übermittlungsverfahren für die Datenerlieferung nach dem Verfahren gemäß Nr. 1.3, vorletzter Absatz bzw. den Nrn. 2.1 bis 2.3 werden vom Bewertungsausschuss bis zum 30.11.2010 festgelegt. Diese gelten ab dem zweiten Quartal 2011 und soweit die regionalen Vertragspartner keine abweichenden Regelungen treffen.

2.8 Weiterleitung an das Institut des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Januar 2011 Inhalte und Verfahren zur Übermittlung der Daten einschließlich des ersten Quartals 2011 gemäß § 87 Abs. 3f SGB V von den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses.

3. Berechnung des für ein Quartal zu bereinigenden Behandlungsbedarfs

Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein ganzes Kalenderquartal gemäß der nach dem Verfahren gemäß Nr. 1.3, vorletzter Absatz bzw. den Nrn. 2.1 bis 2.3 von der Krankenkasse an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Daten. Von dem für das aktuelle Quartal vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V wird der nach den Regelungen in den Nrn. 3.1 und 3.2 ermittelte quartalsbezogene Bereinigungsbetrag gemäß dem jeweils für das Quartal geltenden Versorgungsauftrag für selektivvertragliche Versorgungsaufträge abgezogen. Dieser wird wie folgt ermittelt:

3.1 Selektivverträge mit ex-ante-Einschreibung des Versicherten

Der für die in selektivvertragliche Versorgungsmodelle ex-ante eingeschriebenen Versicherten auf ein Quartal abgegrenzte historische versorgungsauftrags-spezifische Leistungsbedarf 2008 wird ermittelt und von der quartalsbezogenen Gesamtvergütung des Jahres 2011 bzw. 2012 abgesetzt.

1. Datenbasis für die Ermittlung des historischen Leistungsbedarfs sind die den Krankenkassen vorliegenden Daten gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise). Die in Euro bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert für den Regelfall gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V in Punkte umzurechnen. Der historische Leistungsbedarf wird folgendermaßen ermittelt:
 - a. Für die gemäß den Datenlieferungen nach den Nrn. 2.1 bis 2.3 im zu bereinigenden Quartal in selektivvertraglichen Versorgungs teilnehmenden Versicherten, auch für die bereits in 2009, 2010 oder 2011 eingeschriebenen Versicherten, wird der innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung sachlich rechnerisch richtiggestellte Leistungsbedarf 2008 gemäß dem jeweiligen die Kollektivversorgung ersetzenden für dieses Quartal geltenden Versorgungsauftrag des Selektivvertrags erhoben und auf ein Jahr hochgerechnet.
 - b. Dabei werden für einen an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmenden Versicherten nur die Leistungsbedarfe aus Quartalen des Jahres 2008 herangezogen, in denen dieser Versicherte mit Wohnsitz in der von der Bereinigung betroffenen KV durchgängig bei der jeweiligen Krankenkasse versichert war. Sofern der Versicherte in mindestens einem Quartal des Jahres 2008 durchgängig bei der betreffenden Krankenkasse versichert war und seinen Wohnsitz in dieser KV hatte, wird das mit vier multiplizierte arithmetische Mittel dieser Quartalssumme als der auf ein Jahr hochgerechnete historische Leistungsbedarf herangezogen.
 - c. Sofern der Versicherte in keinem Quartal des Jahres 2008 durchgängig bei der betreffenden Krankenkasse versichert war oder der Versicherte seinen Wohnsitz in keinem Quartal des Jahres 2008 in der von der Bereinigung betroffenen KV hatte, wird der in jedem Quartal aktuell ermittelte durchschnittliche vertragspezifische und auf ein Jahr bezogene historische Leistungsbedarf, differenziert nach den Altersklassen gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutreffenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM der übrigen Selektivvertragsteilnehmer gemäß diesem Versorgungsauftrag herangezogen. Das Alter des Versicherten wird zum Stichtag 01.07.2008 ermittelt. Sollten für eine Krankenkasse weniger als 50 Versicherte mit durchgängiger Versi-

cherung und Wohnort in mindestens einem Quartal 2008 in der Kassenärztlichen Vereinigung am Selektivvertrag teilnehmen, so können die Vertragspartner Pauschalbeträge vereinbaren, sofern die Vertragsinhalte der Selektivverträge identisch sind. Bei der Ermittlung des vertragspezifisch durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Versichertem sind auch die Versicherten zu berücksichtigen, deren nach den o. g. Vorgaben ggf. auf ein Jahr hochgerechneter Leistungsbedarf im Jahr 2008 Null war.

Für die Ermittlung des Leistungsbedarfs bei Versicherten mit Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein geeignetes separates Ersatzverfahren.

- d. Bei Versicherten, die aufgrund von Statuswechseln eine gegenüber 2008 abweichende Krankenversicherungsnummer haben, ist sicherzustellen, dass die unter der alten Versichertennummer abgerechneten Leistungen in die Ermittlung des versichertenbezogenen Bereinigungsbetrages eingehen.
 - e. Für Versicherte mit Wohnort in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der Vertrags-KV wird der zu bereinigende Leistungsbedarf gemäß Nr. 1.3 nach dem in Nr. 3.1 beschriebenen Verfahren ermittelt.
2. Die Summe der gemäß der obigen Regelungen ermittelten jahresbezogenen Leistungsbedarfe der an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten wird durch 4 geteilt bzw. entsprechend der regionalen Vereinbarung zur Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Quartale aufgeteilt.
 3. Der abzusetzende Leistungsbedarf wird angepasst um
 - a. die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2009 gemäß Teil B, Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008,
 - b. die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2010 von 1,6616 % gemäß Teil B, Nr. 2.3.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009,
 - c. die Erhöhung des Behandlungsbedarfs um 0,3357 % gemäß Teil B Nr. 3.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, wobei davon 0,1722 Prozentpunkte aus dem dem fachärztlichen Vergütungsanteil entsprechenden Behandlungsbedarf zu entnehmen sind,
 - d. die Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008, ergänzt

und geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008, Teil A, Nr. 2.4,

- e. die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, jeweils in 2010 gültige HVV-Quote gemäß Teil B, Nr. 2.1 Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009,
- f. die lineare Veränderungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V gemäß Nr. 2.3.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 in Höhe von 0,75 vom Hundert für das Jahr 2011,
- g. die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, gültige KV-spezifische asymmetrische Steigerungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 4 gemäß Nr. 2.3.2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010,
- h. für das Jahr 2012 zusätzlich die Veränderungsrate gemäß § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V in Höhe von 0,75 vom Hundert für das Jahr 2012.

3.2 Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme

Der quartalsbezogene Leistungsbedarf für bestimmte, nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen (keine ex-ante Einschreibung), wird folgendermaßen ermittelt und von der quartalsbezogenen Gesamtvergütung des Jahres 2011 bzw. 2012 abgesetzt:

1. Datenbasis für die Ermittlung der Bereinigungsbeträge sind die den Krankenkassen vorliegenden Daten gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise). Die in Euro bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert für den Regelfall gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V in Punkte umzurechnen.
2. Der auf ein Quartal bezogene Leistungsbedarf für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, wird ermittelt aus der Summe dieser Leistungen einer Krankenkasse in 2008 geteilt durch die Zahl der diese Leistungen in 2008 inanspruchnehmenden Versicherten dieser Krankenkasse und multipliziert mit der einvernehmlich festzustellenden Zahl der zu berücksichtigenden

Inanspruchnehmer innerhalb des Selektivvertrags im zu bereinigenden Quartal 2011 bzw. 2012.

3. Der abzusetzende Leistungsbedarf wird angepasst um
 - a. die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2009 gemäß Teil B, Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008,
 - b. die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2010 von 1,6616 % gemäß Teil B, Nr. 2.3.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009,
 - c. die Erhöhung des Behandlungsbedarfs um 0,3357 % gemäß Teil B Nr. 3.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, wobei davon 0,1722 Prozentpunkte aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil entsprechenden Behandlungsbedarf zu entnehmen sind,
 - d. die Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008, ergänzt und geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008, Teil A, Nr. 2.4,
 - e. die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, jeweils in 2010 gültige HVV-Quote gemäß Teil B, Nr. 2.1 Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009,
 - f. die lineare Veränderungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V gemäß Nr. 2.3.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 in Höhe von 0,75 vom Hundert für das Jahr 2011,
 - g. die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, gültige KV-spezifische asymmetrische Steigerungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 4 gemäß Nr. 2.3.2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010,
 - h. für das Jahr 2012 zusätzlich die Veränderungsrate gemäß § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V in Höhe von 0,75 vom Hundert für das Jahr 2012.

4. Die Krankenkassen bzw. die zuständigen Gesamtvertragspartner können mit der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung, deren Gesamtvergütung bereinigt wird, ein abweichendes Verfahren zur Feststellung und Bereinigung des Behandlungsbedarfs für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, anwenden.
5. Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten bezüglich des Behandlungsbedarfs nach den Nrn. 3.1 und 3.2 sind zu vermeiden.

3.3 Deklaratorische Bereinigung

Im Rahmen der deklaratorischen Bereinigung nach Nr. 1.4 werden die Bereinigungsbeträge entsprechend den Verfahren nach den Nrn. 3.1 und 3.2 einvernehmlich festgestellt. Eine dementsprechende Absenkung der von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen unterbleibt, weil die Kassenärztliche Vereinigung auch die arztseitige Rechnungslegung im Selektivvertrag durchführt.

3.4 Rechnungslegung

Die von den zuständigen Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgestellten Bereinigungsvolumina gemäß der Nrn. 3.1 und 3.2 sind bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen sowie bei der Schlusszahlung zu berücksichtigen. Der Ausweis erfolgt über das Formblatt 3 sowie den Rechnungsbrief.

4. Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge

Die durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses beim Institut des Bewertungsausschusses eingerichtete Transparenzstelle wird weitergeführt und bei Bedarf weiterentwickelt.

Protokollnotiz zu Abschnitt II., Nr. 1.5, Ziffer 4.:

Die Partner dieses Beschlusses gehen davon aus, dass die Vergütung der Leistungen nach Satz 1 in voller Höhe an die erbringenden Ärzte erstattet wird.

III. Bereinigung der Regelleistungsvolumen

Bei der Feststellung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sind die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Abschnitt II. dieses Beschlusses zu berücksichtigen.

Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu für die Jahre 2011 und 2012 das im Folgenden beschriebene Verfahren.

1. Grundsätze für die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Für die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gelten folgende Grundsätze:

1. Die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen wie auch ein Verfahren zur Korrektur von dabei auftretenden Fehlschätzungen wird durch die Gesamtvertragspartner einheitlich und gemeinsam vereinbart.
2. Die Zuweisung der bereinigten arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen wird gemäß § 87b Abs. 5 SGB V von der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.

Angaben zur Summe der Bereinigungsbeträge der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, der Leistungen des Abschnitts I., Nrn. 2.3 bis 2.5 und 3.1.2 des Beschlusstils F des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen sowie der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung allen regionalen Gesamtvertragspartnern im Rahmen der Datenlieferungen gemäß Abschnitt III. des Beschlusstils F zur Verfügung gestellt.

3. Die Partner der Gesamtverträge im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, in dem die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemindert wird, vereinbaren die Durchführung der Berechnung und Festlegung der Bereinigungsbeträge der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen je Arzt nach einem Verfahren gemäß Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 15. oder nach Abschnitt III., Nrn. 2. und 3. durch die Kassenärztliche Vereinigung im Auftrag der den Selektivvertrag schließenden Krankenkasse. Die Partner des Be-

reinigungsvertrags gemäß Abschnitt II., Nr. 1.1 vereinbaren, ob und in welchem Umfang sowie innerhalb welcher Fristen eine Erstattung des der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Bereinigung entstehenden Aufwandes durch die den Selektivvertrag schließende Krankenkasse erfolgt.

4. Die Bereinigung erfolgt für die gleichen Quartale, in denen die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung bereinigt wird. Hierbei sind die Verfahrensgrundsätze gemäß Abschnitt I. anzuwenden.
5. Der Grundsatz der kassenartenübergreifenden Regelleistungsvolumen wird beibehalten.
6. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen erfolgt ausschließlich hinsichtlich der von am Selektivvertrag beteiligten Versicherten in Anspruch genommenen und bereinigungsrelevanten Leistungen.
7. Im Falle einer KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Abschnitt II., Nr. 1.3 dieses Beschlusses wird diese Bereinigung in der Wohnort-KV des Versicherten, für den die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgenommen wurde, durchgeführt.
8. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen. Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu einer über den Ausschluss von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinausgehenden Ausgliederung weiterer vertragsärztlicher Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V sind ergänzend zu beachten.
9. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V, die dem Regelleistungsvolumen gemäß Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unterliegen.
10. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010, Beschlussteil G, der Vorwegabzüge gemäß Beschlussteil F, Abschnitt I., Nrn. 2.4, 2.5 und 3.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt

geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), werden berücksichtigt.

11. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Maßnahmen nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung, (schriftliche Beschlussfassung), Teil F, Abschnitt I., Nrn. 1.3.1, 3.2.1, 3.5, 3.6, 3.7 und 3.8 werden ebenfalls berücksichtigt.
12. Mehrfachbereinigungen derselben Leistungen, die für einen Versicherten bereinigt wurden, werden bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse vermieden.
13. Für den Fall einer deklaratorischen Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V ist auch eine deklaratorische Bereinigung der Regelleistungsvolumen nach den Grundsätzen der Ziffern 1. bis 12. zu vereinbaren.
14. Die Grundsätze nach Ziffern 1. bis 13. werden analog auf die Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen von an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten der in Teil F Nr. 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), genannten Arztgruppen angewendet.
15. Die Partner der Gesamtverträge können im Einvernehmen ein anderes als das unter Abschnitt III., Nrn. 2. und 3. beschriebene Verfahren anwenden oder das in Abschnitt III., Nrn. 2. und 3. beschriebene Verfahren modifizieren.
16. Die nachfolgenden Grundsätze nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 16. Sitzung am 1./9. Dezember 2009 sind bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zwingend zu beachten:
 - a. Die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung von Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c sowie 140a ff. SGB V auf den unbereinigten RLV-Fallwert der betroffenen Arztgruppe im Kollektivvertrag wird auf eine Absenkung bzw. Anhebung von maximal 2,5 vom Hundert begrenzt (Schwellenwert). Soweit die quartalsbezogene Bereinigung von Selektivverträgen auf den unbereinigten RLV-Fallwert eine Absenkung bzw. Anhebung von mehr als 2,5 vom Hundert bewirkt, wird der den Schwellenwert übersteigende Betrag ausschließlich zulasten bzw. zugunsten

der Regelleistungsvolumen der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte für alle Selektivverträge insgesamt bereinigt.

Der bereinigte Fallwert wird für den Vergleich auf die Altersstruktur des unbereinigten Fallwerts angepasst. Findet einvernehmlich die Altersstandardisierung nicht statt, erhöht sich der Schwellenwert nach a. auf 4,25 %.

- b. Im Übrigen bleibt die fallzahlbezogene Bereinigung der Regelleistungsvolumen von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten davon unberührt.

2. Datengrundlage

Grundlage der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bilden die Daten gemäß Nr. 1. des technischen Anhangs zu diesem Beschlussteil.

3. Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen wird in jeder KV getrennt das Verfahren gemäß Nr. 2. des Technischen Anhangs zu diesem Beschlussteil angewendet. Dieses Verfahren ist nicht auf die mit Wirkung zum 1. Juli 2010 eingeführten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen anzuwenden.

Technischer Anhang

zu Abschnitt III. des Beschlusses

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V

sowie zur

Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

mit Wirkung vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2012

1. Datengrundlage

Folgende Daten sind Grundlage der Ermittlung der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen:

- die im Rahmen der Feststellung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen erforderlichen, ohne Berücksichtigung der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen ermittelten Kennzahlen gemäß Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V:
 - Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich RLV eines Versorgungsbereiches (RLV_AG) gemäß Teil F Nr. 3.1.4,
 - Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal (FZ_Arzt) gemäß Teil F Nr. 2.6,
- die von den Krankenkassen gemäß Abschnitt II., Nrn. 2.1 bis 2.3 bzw. nach dem Verfahren der Nr. 1.3 vorletzter Absatz dieses Beschlusses bereitzustellenden Daten,

- die von den Gesamtvertragspartnern festzustellenden versorgungsbe-
reichsspezifischen bzw. arztgruppenspezifischen Aufstellungen der für alle
Krankenkassen zu bereinigenden Summe aller Leistungsbedarfe,
- Summe der Kollektivvertragsfälle eines Arztes (FZ_Arzt_Rückkehrer) des
entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres für diejenigen Teil-
nehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachte-
ten Quartal des Jahres 2011 bzw. 2012 wieder im Kollektivvertrag sind,
aber im Vorjahresquartal im Jahr 2010 bzw. 2011 im Selektivvertrag waren,
- Summe der Vorjahresquartalsfallzahlen der im jeweiligen Quartal des Jah-
res 2011 bzw. 2012 im Selektivvertrag gegenüber dem Vorjahresquartal
neu eingeschriebenen Versicherten (FZ_Arzt_SV_neu) bei den einzelnen
an einem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung teilnehmenden Ärzten,
- Umrechnungsfaktor bei Selektivverträgen (mit ex-ante-Einschreibung) mit
nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag (UF_AG_K_E),
- Anteil des Leistungsbedarfs im entsprechenden Quartal des Jahres 2008
der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teil-
nehmenden Ärzte (A_Arzt_K_N).

2. Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Die folgenden Schritte der RLV-Bereinigung werden getrennt für jede gemäß
der Datenlieferungen nach Nr.1. von der Bereinigung betroffene Arztfachgruppe
AG durchgeführt und liefern das bereinigte RLV **BRLV_Arzt** der Ärzte dieser
Fachgruppe in einem Quartal.

1. Analog zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
werden zunächst je Krankenkasse und ggf. je Selektivvertrag (für den
Fall, dass für eine Krankenkasse mehrere Selektivverträge existieren)
die 2011 bzw. 2012 insgesamt aus dem Vergütungsbereich RLV der
Arztgruppe (RLV_AG) gemäß Abschnitt F Nr. 3.1.4 des Beschlusses
des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010,
zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Be-
schlussfassung), zu bereinigenden RLV-Vergütungsvolumen
BE_AG_K_E für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung von Versi-
cherten und **BE_AG_K_N** für Selektivverträge mit situativer Teilnahme
ermittelt. Dazu wird die RLV-relevante arztgruppenspezifische Lei-
stungsmenge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V mit dem regionalen
Punktwert für den Regelfall bewertet.

2. Auf der Grundlage der nicht um Selektivverträge bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zunächst gemäß Beschlussteil F zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen das nicht selektivvertraglich bereinigte und kassenübergreifende RLV der Arztgruppe **RLV_AG**, sowie die Fallzahlen des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte dieser Arztgruppe **FZ_Arzt** und die Gesamtfallzahl aller Ärzte dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal **FZ_AG** ermittelt. Der nicht bereinigte Fallwert dieser Arztgruppe **FW_AG** ergibt sich aus der Division des RLV_AG durch die FZ_AG. Soweit die FZ_AG durch die bereits im Jahr 2009, 2010 bzw. 2011 aufgrund von Selektivverträgen vorgenommenen Bereinigungen beeinflusst ist, einigen sich die Partner der Gesamtverträge auf ein geeignetes Verfahren, welches sicherstellt, dass die unbereinigte Fallzahl FZ_AG zur unbereinigten RLV_AG kompatibel ist (bspw. durch Anwendung von versichertenbezogenen Quartalsfallzahlen aus Jahren, die nicht aufgrund von Selektivverträgen beeinflusst wurden, jedoch nicht Fallzahlen aus früheren Quartalen als 4/2007)
3. Sowohl die Rückkehrerfallzahlen, als auch die Bereinigungsfallzahlen werden bei Selektivverträgen mit nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag mit einem vertragsspezifischem Umrechnungsfaktor **UF_AG_K_E** gekürzt. Der Umrechnungsfaktor berechnet sich als Verhältnis des durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarf im betreffenden Quartal des Jahres 2008 insgesamt je Fall.
4. Für diejenigen Versicherten, die im betrachteten Quartal des Jahres 2011 bzw. 2012 wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr 2010 bzw. 2011 in einem Selektivvertrag mit ex-ante-Einschreibung waren, wird je Arzt der betrachteten Arztgruppe die Fallzahlsumme **FZ_Arzt_Rückkehrer** ihrer ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Kollektivvertragsfälle des entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres festgestellt.
5. Für jeden Arzt der Arztgruppe wird die Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen **FZ_Arzt_SV_neu** der im betreffenden Quartal des Jahres 2011 bzw. 2012 gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal neu in einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung eingeschriebenen Versicherten ermittelt. Nimmt der Arzt an einem Se-

lektivvertrag selbst nicht teil, werden die diesbezüglichen Fälle von teilnehmenden Versicherten nicht gezählt.

6. Die kollektivvertragliche bereinigte Fallzahl **FZ_BE_Arzt** der einzelnen Ärzte der Arztgruppe ergibt sich als Summe von FZ_Arzt und FZ_Arzt_Rückkehrer, die bei an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten zusätzlich um für die an Verträgen, an denen der Arzt teilnimmt, zugehörigen Fälle FZ_Arzt_SV_neu vermindert wird.
7. Der rechnerische Bereinigungsfallwert **Rech_FW_AG_B** errechnet sich als RLV_AG abzüglich der Summe von BE_AG_K_E über alle Kassen, dividiert durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle Ärzte der Arztgruppe.

$$\text{Rech_FW_AG_B} = (\text{RLV_AG} - \sum \text{BE_AG_K_E}) / (\sum \text{FZ_BE_Arzt})$$

Der rechnerische Bereinigungsfallwert Rech_FW_AG_B wird auf die Altersstruktur des nicht bereinigten Fallwerts FW_AG angepasst. Dabei werden die altersgruppenspezifischen rechnerischen Bereinigungsfallwerte $\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{Altersklasse}}$ mit den altersgruppenspezifischen Anteilen der Gesamtfallzahl FZ_AG multipliziert und aufaddiert. Es ergibt sich der altersadjustierte rechnerische Bereinigungsfallwert **Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}**. Der Grundsatz nach Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe a., erster Absatz, bleibt hierbei unberührt.

- 7a. Findet die Altersadjustierung des bereinigten Fallwertes nach Ziffer 7. im Einvernehmen der Partner der Gesamtverträge gemäß Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe a. nicht statt, werden in den nachfolgenden Rechenschritten nach Ziffern 8. bis 10. anstelle des altersadjustierten rechnerischen Bereinigungsfallwertes ($\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}}$) der rechnerische Bereinigungsfallwert gemäß Ziffer 7. Satz 1 (Rech_FW_AG_B) und statt den in diesen Rechenschritten angewendeten minimalen bzw. maximalen Begrenzungsfaktoren in Höhe von 0,975 bzw. 1,025 die Faktoren 0,9575 bzw. 1,0425 gemäß den Formeln nach Abschnitt 3a verwendet.
8. Der bereinigte Fallwert **FW_AG_B** errechnet sich als Maximum des 0,975-fachen des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG und dem rechnerischen Bereinigungsfallwert $\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}}$ nach Ziffer 7. Soweit der rechnerische Bereinigungsfallwert den nicht bereinigten Fallwert übertrifft, errechnet sich der bereinigte Fallwert FW_AG_B abweichend von Satz 1 als Minimum des 1,025-fachen des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe

FW_AG und dem rechnerischen Bereinigungsfallwert $Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}$ nach Ziffer 7.

$$FW_AG_B = \max(0,975 \cdot FW_AG, Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}) \text{ (Satz 1)}$$

$$FW_AG_B = \min(1,025 \cdot FW_AG, Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}), \text{ wenn } Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert} > FW_AG, \text{ (Satz 2)}$$

9. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7. ermittelte altersadjustierte rechnerische Bereinigungsfallwert $Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}$ mindestens das 0,975-fache und maximal das 1,025-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG beträgt, ergibt sich das bereinigte Regelleistungsvolumen eines Arztes **BRLV_Arzt** aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit der bereinigten Fallzahl FZ_BE_Arzt abzüglich der zu bereinigenden Leistungsmengen BE_AG_K_N für Selektivverträge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragspezifisch für die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte nach dem Ausmaß ihrer selektivvertraglichen Tätigkeit im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 A_Arzt_K_N aufgeteilt.
10. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7. ermittelte rechnerische Bereinigungsfallwert $Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}$ das 0,975-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG unterschreitet oder das 1,025-fache des nicht bereinigten Fallwerts der Arztgruppe FW_AG überschreitet,
- a. wird ergänzend ein fallbezogener Restbereinigungsbetrag **B_AG_Rest** festgelegt. Der Restbereinigungsbetrag B_AG_Rest ermittelt sich aus der Differenz des bereinigten Fallwerts nach Ziffer 8. und dem altersadjustierten rechnerischen Bereinigungsfallwert nach Ziffer 7., welche mit der Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle Ärzte der Arztgruppe multipliziert und dann durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen FZ_BE_Arzt über alle an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte der Arztgruppe dividiert wird:

B_AG_Rest =

$$\frac{\left(FW_AG_B - Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert} \right) \cdot \sum_{\text{alle \u00c4rzte AG}} FZ_BE_Arzt}{\sum_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}} FZ_BE_Arzt}$$

- b. ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmenden Arztes aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit seiner um die FZ_Arzt_Rückkehrer erhöhten Fallzahl des Vorjahresquartals FZ_Arzt.
 - c. ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines neben dem Kollektivvertrag an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmenden Arztes aus der Multiplikation des um den Restbereinigungsbetrag B_AG_Rest geminderten bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit der bereinigten Fallzahl FZ_BE_Arzt abzüglich der zu bereinigenden Leistungsmengen für BE_AG_K_N für Selektivverträge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragsspezifisch für die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte nach dem Ausmaß ihrer selektivvertraglichen Tätigkeit im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 A_Arzt_K_N aufgeteilt. Sollten sich dabei negative Regelleistungsvolumen ergeben, werden diese auf Null begrenzt.
11. Der Faktor zur morbiditätsbezogenen Differenzierung der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 7 Nr. 3 von Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird auf Basis der getrennt für die jeweiligen Altersgruppen berechneten bereinigten arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfe $RLV_AG - \sum BE_AG_K_E - \sum BE_AG_K_N$ und bereinigten arztspezifischen Fallzahlen FZ_BE_Arzt ermittelt.

3. Definitionen und Formeln

- **BE_AG_K_E:** Auf die Krankenkasse K und Arztgruppe AG entfallender Teil der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den jeweiligen Quartalen der Jahre 2011 bzw. 2012 für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung von Versicherten
- **BE_AG_K_N:** Auf die Krankenkasse K und Arztgruppe AG entfallender Teil der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den jeweiligen Quartalen der Jahre 2011 bzw. 2012 für Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten
- **RLV_AG:** Auf der Grundlage der nicht um Selektivverträge bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil F Nr. 3.1.4 und Anlage 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zur Berechnung und Anpassung

von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen ermittelter, unbereinigter, kassenübergreifender Vergütungsbereich RLV der Arztgruppe AG

- **FZ_Arzt:** Fallzahlen des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte der Arztgruppe
- **FZ_AG = Σ FZ_Arzt:** Vorjahresquartalsfallzahl aller Ärzte der Arztgruppe AG
- **FW_AG = RLV_AG / FZ_AG:** Nicht bereinigter Fallwert der Arztgruppe
- **UF_AG_K_E:** Umrechnungsfaktor für Fälle bei ex-ante-Einschreibung in Selektivverträge mit nicht vollständig substitutivem Versorgungsauftrag, berechnet als Verhältnis des durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im betreffenden Quartal des Jahres 2008 insgesamt je Fall
- **FZ_Arzt_Rückkehrer:** Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Kollektivvertragsfälle des entsprechenden Quartals des letztverfügbaren Jahres bei den einzelnen Ärzten der Arztgruppe für diejenigen Teilnehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachteten Quartal des Jahres 2011 bzw. 2012 wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr 2010 bzw. 2011 im Selektivvertrag waren
- **FZ_Arzt_SV_neu:** Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen der im betreffenden Quartal des Jahres 2011 bzw. 2012 gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal neu im Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten bei den einzelnen Ärzten der Arztgruppe, die an einem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung teilnehmen. Fälle von in einem Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten, an dem der Arzt nicht teilnimmt, werden nicht gezählt.
- **FZ_BE_Arzt = FZ_Arzt + FZ_Arzt_Rückkehrer – FZ_Arzt_SV_neu:** Kollektivvertragliche bereinigte Fallzahl der einzelnen Ärzte der Arztgruppe
- **Rech_FW_AG_B = $(RLV_AG - \Sigma BE_AG_K_E) / \Sigma FZ_BE_Arzt$:** Rechnerischer Bereinigungsfallwert der Arztgruppe
- **Rech_FW_AG_B_{Altersklasse}:** Rechnerischer Bereinigungsfallwert der Arztgruppe, differenziert nach den Altersklassen gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutreffenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM
- **Rech_FW_AG_B_{altersadjustiert}:** altersadjustierter vorläufiger bereinigter Fallwert der Arztgruppe

$$\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}} = \sum (\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{Altersklasse}} * \text{FZ_AG}_{\text{Altersklasse}} / \text{FZ_AG})$$

- **FW_AG_B**: Bereinigter Fallwert der Arztgruppe:

$$\text{FW_AG_B} = \max(0,975 * \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}}), \quad \text{wenn} \\ \text{Rech_FW_AG_B} < \text{FW_AG} \text{ bzw.}$$

$$\text{FW_AG_B} = \min(1,025 * \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}}), \quad \text{wenn} \\ \text{Rech_FW_AG_B} > \text{FW_AG}$$

- **B_AG_Rest** =
$$\frac{\left(\text{FW_AG_B} - \text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}} \right) * \sum \text{FZ_BE_Arzt}_{\text{alle \u00c4rzte AG}}}{\sum \text{FZ_BE_Arzt}_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}}}$$

fallbezogener Restbereinigungsbetrag, um den der bereinigte Fallwert von am Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzten ggf. zus\u00e4tzlich gemindert/erh\u00f6ht wird.

- **A_Arzt_K_N**: Vertragsspezifischer Anteil des Leistungsbedarfs der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teilnehmenden \u00c4rzte an dem Leistungsbedarf aller am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzte im entsprechenden Quartal des Jahres 2008, jeweils in der Abgrenzung des vertragsspezifischen Versorgungsauftrags

- **BRLV_Arzt** (bereinigtes Regelleistungsvolumen eines Arztes):

falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe a. nicht greift = $\text{FW_AG_B} * \text{FZ_BE_Arzt} - \sum (\text{BE_AG_K_N} * \text{A_Arzt_K_N})$

falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe a. greift, f\u00fcr ausschlie\u00dflich am Kollektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte

$$= \text{FW_AG_B} * (\text{FZ_Arzt} + \text{FZ_Arzt_R\u00fcckkehrer})$$

falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe a. greift, f\u00fcr an mindestens einem Selektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte

$$= (\text{FW_AG_B} - \text{B_AG_Rest}) * \text{FZ_BE_Arzt} - \sum (\text{BE_AG_K_N} * \text{A_Arzt_K_N})$$

3a. Abweichende Formeln bei einvernehmlicher Nichtanwendung der Altersadjustierung gem\u00e4\u00df Abschnitt III., Nr. 1., Ziffer 16., Buchstabe b.

- **FW_AG_B**: Bereinigter Fallwert der Arztgruppe

$$\text{FW_AG_B} = \max(0,9575 * \text{FW_AG}, \text{Rech_FW_AG_B}), \quad \text{wenn} \\ \text{Rech_FW_AG_B} < \text{FW_AG} \text{ bzw.}$$

$$\mathbf{FW_AG_B} = \min(1,0425 \cdot \mathbf{FW_AG}, \mathbf{Rech_FW_AG_B}), \quad \text{wenn} \\ \mathbf{Rech_FW_AG_B} > \mathbf{FW_AG}$$

- **B_AG_Rest** =
$$\frac{\left(\mathbf{FW_AG_B} - \mathbf{Rech_FW_AG_B} \right) \cdot \sum_{\text{alle \u00c4rzte AG}} \mathbf{FZ_BE_Arzt}}{\sum_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}} \mathbf{FZ_BE_Arzt}} :$$

fallbezogener Restbereinigungsbetrag, um den der bereinigte Fallwert von am Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzten ggf. zus\u00e4tzlich gemindert/erh\u00f6ht wird.