

## Teil B

# Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 SGB V zum Verfahren der Anpassung des morbiditätsbedingten Behand- lungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V für das Jahr 2010

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

---

### 1. Korrekturverfahren für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf 2009 je Versicherten

Gemäß § 87c Abs. 4 Satz 5 SGB V sind bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2010 Fehlschätzungen bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten für das Jahr 2009 gemäß § 87c Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V zu berichtigen. Als Ausgangspunkt für die Vereinbarung des der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugrunde liegenden Punktzahlvolumens für das Jahr 2010 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V wird der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2009 in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008, ergänzt und geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8. Sitzung vom 23. Oktober 2008, Teil B Beschluss gemäß § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V zum Verfahren der Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009 unter den folgenden Maßgaben fortgeschrieben:

#### 1.1 Aufsatzzeitraum

Die im Jahr 2008 erbrachte Menge vertragsärztlicher Leistungen sind die im Zeitraum des 1. bis 4. Quartals 2008 abgerechneten Leistungen aus der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Satzart ARZTRG87c4.

#### 1.2 Festlegung der Menge nach Wertstellung

Grundlage ist die je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip je KV-Bereich zuzuordnenden Versicherten erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen. Die Auswirkungen der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen werden unter Berücksichtigung der Bedingung der KV-spezifischen Vergütungsneutralität wie folgt berücksichtigt:

Die je Kasse abgerechnete Leistungsmenge wird im Ergebnis des Korrekturverfahrens mit der nachfolgenden Honorarverteilungsquote multipliziert.

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von 0,9213
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von 0,8902
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von 0,9088
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von 0,9139
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von 0,8498
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von 0,8924
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von 0,9040
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von 0,9051
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von 0,9100
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von 0,9061
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von 0,9119
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von 0,9171
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von 0,9503
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von 0,9193
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von 0,8985
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von 0,9236
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von 0,8681

### **1.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt**

Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 des EBM werden mit dem von den Partnern der Gesamtverträge auf der Grundlage des Orientierungswertes gemäß Beschluss Teil A Nr. 6 dieses Beschlusses vereinbarten Punktwert in Punktzahlen umgerechnet.

Nicht einzubeziehen sind die folgenden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen:

1. Leistungen gemäß Beschluss Teil A Nr. 2.3 Ziffer 2
2. die Substitutionsbehandlung
3. Leistungen und Kostenpauschalen, die im Jahr 2009 aufgenommen wurden und laut Durchführungsempfehlungen des Bewertungsausschusses bzw. laut bundesmantelvertraglicher Regelungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.

### **1.4 Auswirkungen von Punktzahländerungen im EBM**

Für die Leistungen 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, gilt darüber hinaus der jeweils dort festgestellte Anpassungsfaktor.

### **1.5 Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten**

Die je Krankenkasse gemäß Nrn. 1.1. bis 1.4 ermittelte Leistungsmenge wird dividiert durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2008 (definiert nach Satzart ANZVER87c4 im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung).

## **1.6 Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge**

Für jede Krankenkasse ist die gemäß Nr. 1.5 ermittelte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten um die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber 2008 angepasst. Diese wird mit 5,1% festgesetzt.

## **1.7 Korrigierte Leistungsmenge je Versicherten**

Die um die in Nr. 1.6 genannte Veränderungsrate angepasste resultierende Leistungsmenge je Versicherten ist die korrigierte Leistungsmenge je Versicherten.

## **2. Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V**

Der Bewertungsausschuss beschließt folgende Vorgaben für die Gesamtvertragspartner zur Bestimmung des mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarfs für jede Krankenkasse gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2010.

### **2.1 Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten**

1. Ausgangsbasis für die Ermittlung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs 2010 sind die korrigierten Leistungsmengen gemäß Nr. 1.7 dieses Beschlusses.
2. Davon auszunehmen sind die leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM.
3. Die Regelung nach Ziffer 2. ist finanzneutral umzusetzen.
4. Die HVV-Quoten nach Nr. 1.2 werden entsprechend der Regelungen nach Ziffern 2. und 3. wie folgt angepasst:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von 0,9161
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von 0,8826
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von 0,9032
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von 0,9063
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von 0,8419
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von 0,8837
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von 0,8975
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von 0,8959
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von 0,9071
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von 0,8983
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von 0,9048
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von 0,9097
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von 0,9459
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von 0,9119
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von 0,8879
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von 0,9213
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von 0,8568

## **2.2 Bereinigung bei Selektivverträgen**

Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu bis zum 31. Oktober 2009 ein Verfahren für das Jahr 2010.

## **2.3 Anpassung der Leistungsmenge**

Der gemäß Nr. 2.2 bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten wird auf der Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 13. Sitzung am 30. Juni 2009 zu Eckpunkten eines Verfahrens zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 5 SGB V angepasst um eine bundeseinheitliche Veränderungsrate, die aus einer diagnosenbezogenen und einer demographischen Komponente zusammengesetzt ist.

### **2.3.1 Diagnosenbezogene Komponente der Veränderungsrate**

Die diagnosenbezogene Komponente der Veränderungsrate wird nach den folgenden Vorschriften auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss erworbenen Klassifikationsverfahrens ermittelt:

1. Datengrundlage bilden die dem Bewertungsausschuss bzw. dem Institut des Bewertungsausschusses vorliegenden Versicherten- und Abrechnungsdaten aus den 4 KV-Regionen Nordrhein, Bremen, Niedersachsen und Thüringen. Diese werden hinsichtlich des Behandlungsbedarfs auf die in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2010 einbezogenen Gebührenordnungspositionen beschränkt.
2. Die vom Institut des Bewertungsausschusses für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich angepasste Variante H des Klassifikationssystems mit Hierarchisierung als ICD-10-GM-vollständiges, komprimiertes Modell mit 30 festgelegten CCs, mit den entsprechend zusammengefassten übrigen CCs und mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen ist Grundlage für die Messung der diagnosenbezogenen Komponente der Veränderungen der Morbiditätsstruktur.
3. Auf Basis der Diagnosen des Jahres 2006 und des Behandlungsbedarfs des Jahres 2008 werden vom Institut des Bewertungsausschusses auf der durch Ziffer 1 bestimmten Datengrundlage durch multivariate Regressionsanalyse prospektive Relativgewichte für die Risikoklassen des in Ziffer 2 festgelegten Modells des Klassifikationsverfahrens ermittelt. Die nach der Kalibrierung im Modell enthaltenen diagnosenbezogenen Risikogruppen ergeben die Risikoklassen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 2 SGB V zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Komponente der Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.
4. Die gemäß Ziffer 3 bestimmten Relativgewichte werden für die Jahre 2007 und 2008 entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden Risikoklassen in der Datengrundlage gemäß Ziffer 1 aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versichertenjahre des jeweiligen Jahres geteilt. Es resultieren für die Jahre 2007 und 2008 durchschnittliche Morbiditätsindizes.

5. Der Quotient aus dem Morbiditätsindex 2008 und dem Morbiditätsindex 2007 nach Ziffer 4 ergibt die diagnosenbezogene Komponente der Veränderungsrate. Sie beträgt 2,5034 vom Hundert.
6. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Auswahl des Modells nach Ziffer 2 kein Präjudiz für Entscheidungen in künftigen Jahren oder anderen Verwendungszwecken (z. B. Verlagerungseffekte nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V) bedeutet. Als mögliche Grundlage für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens für das Jahr 2011 wird daher neben dem Modell nach Ziffer 2 u. a. auch die Variante H des Klassifikationsverfahrens als ICD-10-GM-vollständiges Modell mit 196 festgelegten CCs und mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen genutzt. Das Institut des Bewertungsausschusses nimmt in Abstimmung mit dem Bewertungsausschuss die notwendige medizinische und ökonomische Anpassung - inklusive Überprüfung der Hierarchisierung - der Modelle nach Ziffer 2 sowie nach Satz 2 vor. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 30. Juni 2010 über die Notwendigkeit einer Kompression des Modells neu beschließen.

### **2.3.2 Demographische Komponente der Veränderungsrate**

Die demographische Komponente der Veränderungsrate wird nach den folgenden Vorschriften ermittelt:

1. Datengrundlage ist der unter Nr. 2.3.1 Ziffer 1 festgelegte Datenkörper, wobei die Versicherten entsprechend der Gliederung der KM6-Statistik zu gruppieren sind.
2. Auf Basis des Lebensalters in 2006 und des Behandlungsbedarfs 2008 wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsklasse das Relativgewicht als Quotient zwischen dem durchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen Alters- und Geschlechtsklasse und dem durchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.
3. Die Relativgewichte nach Ziffer 2 werden für die Jahre 2007 und 2008 entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen in der Datengrundlage aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres geteilt. Es resultieren durchschnittliche Demographieindizes für die Jahre 2007 und 2008. Die KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen ergeben die Risikoklassen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 2 SGBV der demographischen Komponente der Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.
4. Der Quotient aus dem Demographieindex 2008 und dem Demographieindex 2007 nach Nr. 3 ergibt die demographische Komponente der Veränderungsrate. Sie beträgt 0,3423 vom Hundert.

### **2.3.3 Bestimmung der bundeseinheitlichen Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs**

Die bundeseinheitliche Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs ergibt sich als Summe der mit 61 vom Hundert gewichteten diagnosenbezogenen Kom-

ponente nach Nr. 2.3.1 Ziffer 5 und der mit 39 vom Hundert gewichteten demographischen Komponente nach Nr. 2.3.2. Ziffer 4. Sie beträgt 1,6616 vom Hundert.

#### **2.3.4 Angepasste Leistungsmenge je Versicherten**

Die angepasste Leistungsmenge je Versicherten ergibt sich durch Erhöhung des gemäß Nr. 2.2 bereinigten Behandlungsbedarfs je Versicherten um die Veränderungsrate nach Nr. 2.3.3 Satz 2.

### **3. Anpassung des Behandlungsbedarfs auf Grund von Änderungen in Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V**

Zur Anwendung des Kriteriums nach § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss:

#### **3.1 Vergütung von neuen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Bei Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen und soweit keine schon bestehenden Leistungen substituiert werden, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen jeweils für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vergütet. Während dieses festgelegten Zeitraumes wird der Bewertungsausschuss prüfen, wann und ggf. wie diese Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden.

#### **3.2 Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses**

##### **3.2.1 Erarbeitung eines Standardverfahrens zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, dem Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2011 Vorschläge zu unterbreiten, wie das Verfahren zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs auf Grund der Überführung von Leistungen gemäß Nr. 3.1 Satz 1 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V fortentwickelt werden kann.

##### **3.2.2 Berechnung der Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Beschließt der Bewertungsausschuss, gemäß Nr. 3.1 Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen, unterbreitet das Institut des Bewertungsausschusses spätestens drei Monate vor dem festgelegten Überführungstermin dem Bewertungsausschuss Vorschläge zur konkreten Umsetzung des Verfahrens nach Nr. 3.2.1.

### **3.3 Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten insbesondere aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG**

Der Behandlungsbedarf je Versicherten nach Nr. 2.3.4 wird basiswirksam um 0,3357 vom Hundert erhöht, davon eine Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,1722 vom Hundert in Konsequenz des GKV-OrgWG gemäß Beschlussteil H. Der Bewertungsausschuss wird die tatsächlichen Auswirkungen des GKV-OrgWG gemäß Beschlussteil H auf den Behandlungsbedarf je Versicherten bis zum 31. August 2010 überprüfen und über notwendige Anpassungen dieser Regelung für das Jahr 2011 beschließen.

### **4. Anpassung des Behandlungsbedarfs auf Grund von Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V**

Zur Anwendung des Kriteriums nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss:

#### **4.1 Ausgangssituation, Auftrag an das Institut des Bewertungsausschusses**

1. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Konzept zur Messung der Verlagerungseffekte zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor vorgelegt hat. Der GKV-Spitzenverband hat zu diesem Konzept Stellung genommen und es als methodisch und konzeptionell ungeeignet bewertet. Der Erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, das Konzept bis zum 31. Oktober 2009 zu überprüfen und zu prüfen, ob weitere Konzepte zur Messung der Verlagerungseffekte entwickelt werden können und wie diese sich methodisch unterscheiden. Das Institut soll dabei insbesondere auch die geeignete regionale Ebene für die Messung von Verlagerungseffekten zum Zwecke der Berücksichtigung bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes beurteilen. Eine angemessene Abgrenzung des Begriffs der „stationären Versorgung“ ist zu gewährleisten. Zu prüfen ist hierbei insbesondere auch, inwieweit die Methodik sicherstellt, dass
  - eine Verlagerung von Leistungen aus dem Krankenhaus in andere Bereiche als die vertragsärztliche Versorgung (z. B. stationäre oder ambulante Rehabilitation) nicht als Verlagerungseffekt identifiziert wird,
  - eine Verlagerung von Leistungen aus anderen Sektoren als dem stationären Bereich in die vertragsärztliche Versorgung nicht als Verlagerungseffekt identifiziert wird,
  - eine Verlagerung aus dem stationären Sektor in die vertragsärztliche Versorgung nur insoweit berücksichtigt wird, wie der Behandlungsbedarf innerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung betroffen ist und hierbei die möglichen Verlagerungseffekte innerhalb von Selektivverträgen angemessen berücksichtigt werden,

- eine Verlagerung aus dem stationären Sektor in die vertragsärztliche Versorgung nur insoweit gemessen wird, wie sie nicht bereits im Rahmen der Messung der Veränderung der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten berücksichtigt wird,
  - Doppelfinanzierungen im Vergleich zu eventuellen Nachzahlungen der Krankenkassen wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs vermieden werden,
  - nur statistisch abgesicherte Veränderungen geeigneter Messgrößen als Verlagerungseffekte definiert werden,
  - an den erforderlichen Stellen bei den Messgrößen geeignete Risikoadjustierungen vorgenommen werden,
  - zufällige Parallelentwicklungen in beiden Sektoren nicht als Verlagerungseffekte interpretiert werden.
2. Der Erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, bis 31. Oktober 2009 zu berichten, welche Daten dem Institut von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Trägerorganisationen zur Verfügung gestellt werden müssen, damit es die Auswirkungen von Verlagerungseffekten auf den Behandlungsbedarf quantifizieren kann.
  3. Der Bewertungsausschuss wird umgehend nach Vorlage des unter Ziffer 2 genannten Berichts durch Folgebeschlüsse die Voraussetzungen schaffen, dass das Institut des Bewertungsausschusses mit den notwendigen Daten die Auswirkungen der gesetzlich gebotenen Berücksichtigung von Verlagerungseffekten bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes quantifizieren kann.
  4. Der Bewertungsausschuss wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragen, die notwendigen Berechnungen zu den nach Ziffer 1 geprüften und entwickelten Modellen vorzunehmen, sobald dem Institut die unter Ziffer 2 identifizierten Daten vorliegen.
  5. Der Bewertungsausschuss wird umgehend nach Vorlage der in Ziffer 4 genannten Berechnungen bewertende Schlussfolgerungen treffen.

## 4.2 Feststellung

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass auf Basis der bewertenden Schlussfolgerungen nach Nr. 4.1 Ziffer 5 über eine Anpassung des Behandlungsbedarfs zur Umsetzung von § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V zu entscheiden ist. Für das Jahr 2010 sieht er daher von einer Anwendung des in § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V genannten Anpassungskriteriums ab.

## **5. Anpassung des Behandlungsbedarfs auf Grund des Ausschöpfens von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V**

Zur Anwendung des Kriteriums nach § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss:

### **5.1 Ausgangssituation**

1. Mit Beschluss vom 20. Mai 2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Überprüfung und Plausibilisierung der Datengrundlagen, des Kalkulationsmodells und der Anwendung des Standardbewertungssystems für sämtliche Leistungen beauftragt. Die Ergebnisse dieser Überprüfung stellen eine wesentliche Grundlage für die Überprüfung der Notwendigkeit der Anpassung des Behandlungsbedarfs zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung dar.
2. Gemäß des in Ziffer 1 genannten Beschlusses vom 20. Mai 2009 wird der Bewertungsausschuss bis zum 31. Mai 2010 die bewertenden Schlussfolgerungen aus der Untersuchung des Instituts des Bewertungsausschusses ziehen.

### **5.2 Feststellung**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass auf Basis der bewertenden Schlussfolgerungen nach Nr. 5.1 Ziffer 2 über eine Anpassung des Behandlungsbedarfs zur Umsetzung von § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V zu entscheiden ist. Für das Jahr 2010 sieht er daher von einer Anwendung des in § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V genannten Anpassungskriteriums ab.

## **6. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2010**

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt der angepassten Leistungsmenge je Versicherten nach Nr. 3.3 mit der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie den nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses vereinbarten Punktwerten gemäß § 87a Abs. 2 SGB V.