

## **BESCHLUSS**

**des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V  
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 140d SGB V**

**sowie zur**

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

**in seiner 16. Sitzung am 1./9. Dezember 2009**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2009 bis zum 31. Dezember 2010**

---

### **Präambel**

Dieser Beschluss wird mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 mit Gültigkeit für das Abrechnungsjahr 2010 abgeschlossen und tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2010 außer Kraft.

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 2011 entscheiden.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a SGB V nach Teil II dieses Beschlusses sowie über die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach Teil 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 Bereinigung von morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und Regelleistungsvolumen sind drei Monate vor Beginn des zu bereinigenden Quartals abzuschließen.
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 versehen 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 unmittelbar umzusetzen, falls die Entscheidung innerhalb der ersten 6 Wochen des Quartals, für das die Bereinigung vorgenommen wird, erfolgt.
6. Diese Grundsätze und die Fristen gemäß Nr. 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 vor Beginn der auf das erste Bereinigungsquartal folgenden Quartale Daten zu den teilnehmenden Versicherten liefern, die bei der Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu berücksichtigen sind.
8. Wenn hinsichtlich der nach Nr. 7 gelieferten Daten kein Einvernehmen über die Datengrundlage erzielt wird, ist das Schiedsamt anzurufen. Bis zur Entscheidung des Schiedsamtes erfolgt eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gelieferten Daten gemäß Teil II, Abschnitt 2.3. dieses Beschlusses.

## **II. Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d 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 Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 angekündigt, bis zum 31. Oktober 2009 ein Bereinigungsverfahren für das Jahr 2010 zu beschließen. Dementsprechend beschließt der Bewertungsausschuss hierzu folgendes Verfahren:

### **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.

Bei der Bereinigung ist das unter den Abschnitten 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 Teil I anzuwenden.

#### **1.2 Quartalsweise Bereinigung**

Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V erfolgt quartalsweise unter Beachtung von Abschnitt 2.1 dieses Beschlusstils

- für bis zum 31. Dezember 2009 abgeschlossene Selektivverträge beginnend mit dem ersten Quartal 2010,
- für ab dem 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010 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. Gegenüber der Wohnort-KV wird je teilnehmenden Versicherten der nach diesem Beschluss für die Vertrags-KV ermittelte und auf die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Wohnort-KV bezogene durchschnittliche Leistungsbedarf gemäß Abschnitt 3.1 dieses Beschlusses bereinigt.

### **1.4 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung**

Für Selektivverträge, die bis zum 31. Dezember 2010 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 Abschnitten 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 Ziffer 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 erbracht werden, von der betreffenden Krankenkasse außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass diese Leistungen versichertenbezogen erfasst und im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) versichertenbezogen geltend gemacht werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird dementsprechend den FKZ ab dem zweiten Quartal 2010 versichertenbezogen durchführen.
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 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.

## **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 Abschnitt 2.3 Nr. 1.-4. an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung. Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse stellt der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung und dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene die für die Bereinigung erforderlichen Datengrundlagen gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V in geeigneter Weise maschinenles- und -verarbeitbar spätestens 6 Wochen vor dem nächsten Bereinigungsquartal zur Verfügung. Nach Eingang der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung hat diese die Gelegenheit, die Daten innerhalb von 14 Tagen zu prüfen.

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 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 Bewertungsausschusses 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,
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 Arzt-  
netzen je Arztnetz.

4. der zu bereinigende jahresbezogene Leistungsbedarf insgesamt und nach Ge-  
bührenordnungspositionen des EBM, ggf. differenziert nach den Altersklassen  
gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutreffenden Versi-  
cherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM sowie der zu bereini-  
gende versichertenbezogene, jahresbezogene Gesamtleistungsbedarf der teil-  
nehmenden Versicherten gemäß Versorgungsauftrag, soweit vorhanden, gemäß  
dem unter Abschnitt 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 Verfah-  
rensgrundsatzes gemäß Teil I Nr. 8 auf Basis der Daten gemäß Nr. 1.-4. durchzuführen.

## **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.  
Das Nähere zum Datenaustausch hierzu vereinbaren die Partner der Gesamt-  
verträge.
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 be-  
reinigten 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  
unverzüglich an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergü-  
ten.

## **2.5 Datengrundlagen bei der deklaratorische Bereinigung**

Haben sich die Partner des Bereinigungsvertrags auf das Verfahren der deklaratori-  
schen Bereinigung geeinigt, erfolgt der Austausch der Datengrundlagen zwischen der  
den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse und der betroffenen Kassenärztli-  
chen Vereinigung analog der Abschnitte 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 da-  
tenschutzrechtlichen 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 Datenlieferung nach den Abschnitten 2.1 bis 2.3 werden vom Bewertungsausschuss festgelegt. Diese gelten soweit möglich ab dem zweiten Quartal 2010 und soweit die regionalen Vertragspartner keine abweichenden Regelungen treffen.

## **2.8 Weiterleitung an das Institut des Bewertungsausschusses**

Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. November 2009 Inhalte und Verfahren zur Übermittlung der Daten gemäß § 87 Abs. 3f SGB 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 den Abschnitten 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 Abschnitten 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 versorgungsauftragspezifische Leistungsbedarf 2008 wird ermittelt und von der quartalsbezogenen Gesamtvergütung abgesetzt.

- 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:
  - Für die gemäß den Datenlieferungen nach den Abschnitten 2.1 bis 2.3 im zu bereinigenden Quartal in selektivvertraglichen Versorgungsleistungen teilnehmenden Versicherten, auch für die bereits in 2009 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.
  - 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, wird das

mit vier multiplizierte arithmetische Mittel dieser Quartalssumme als der auf ein Jahr hochgerechnete historische Leistungsbedarf herangezogen. Sofern der Versicherte in keinem Quartal des Jahres 2008 durchgängig bei der betreffenden Krankenkasse versichert war, 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.

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.

Bei der Ermittlung des vertragspezifisch durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Versicherten sind auch die Versicherten zu berücksichtigen, deren nach den o. g. Vorgaben ggf. auf ein Jahr hochgerechneter Leistungsbedarf im Jahr 2008 Null war.

- Für Versicherte mit Wohnort in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der Vertrags-KV wird der zu bereinigende Leistungsbedarf gemäß Nr. 1.3 ermittelt.
- 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.
- Die abzusetzende Leistungsbedarf wird angepasst um
  - die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2009 gemäß Teil B, Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27/28. August 2008,
  - 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,
  - 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,
  - 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.,
  - die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, jeweils gültige HVV-Quote gemäß Teil B, Nr. 2.1 Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009.

### 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 abgesetzt:

- 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.
- 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 2010.
- Die abzusetzende Leistungsbedarf wird angepasst um
  - die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 2009 gemäß Teil B, Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008,
  - 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,
  - 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,
  - 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.,
  - die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, jeweils gültige HVV-Quote gemäß Teil B, Nr. 2.1 Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009.
- 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.
- Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten bezüglich des Behandlungsbedarfs nach den Abschnitten 3.1 und 3.2 sind zu vermeiden.

### **3.3 Deklaratorische Bereinigung**

Im Rahmen der deklaratorischen Bereinigung nach Abschnitt 1.5 werden die Bereinigungsbeträge entsprechend den Verfahren nach den Abschnitten 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 Abschnitte 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 II. 1.5 Nr. 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.