

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 17. Sitzung am 16. Dezember 2009

mit Wirkung zum 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010

Präambel

Dieser Beschluss wird mit Wirkung ab 1. Januar 2010 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 Ärztenetzen je Ärztenetz.

4. der zu bereinigende jahresbezogene Leistungsbedarf insgesamt und nach Gebührenordnungspositionen des EBM, ggf. differenziert nach den Altersklassen gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutreffenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM sowie der zu bereinigende versichertenbezogene, jahresbezogene Gesamtleistungsbedarf der teilnehmenden 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 Verfahrensgrundsatzes 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 Gesamtverträge.
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 unverzüglich an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten.

2.5 Datengrundlagen bei der deklaratorische 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 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 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 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 31. Januar 2010 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,

geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 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, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 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.

III. Bereinigung der Regelleistungsvolumen

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

Der Bewertungsausschuss hat im Beschlussteil F gemäß § 87b Abs. 3 Satz 4 in seiner 199. Sitzung vom 22. September 2009 angekündigt, bis zum 31. Oktober 2009 ein Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V für das Jahr 2010 zu beschließen. Dementsprechend beschließt der Bewertungsausschuss hierzu das im Folgenden beschriebene Verfahren. Dieser Beschluss ersetzt die Regelung des zweiten Absatzes von Abschnitt 5 des Beschlussteils F des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 199. Sitzung vom 22. September 2009.

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 der Anlage 2 Nr. 2 a und b des Teils F des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 199. Sitzung vom 22. September 2009 sowie der arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung allen regionalen Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt.

3. Die den Selektivvertrag schließende Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk 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 Ziffer 15 oder nach den Abschnitten 2 und 3 durch die Kassenärztliche Vereinigung im Auftrag der den Selektivvertrag schließenden Krankenkasse. Die Partner des Bereinigungsvertrags 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 Teil 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 1.3 Teil II 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 gemäß Teil B, Nr. 1.3 und 2.1 Nr.2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 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 199. Sitzung am 22. September 2009 unterliegen.
10. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschlussteil G, der Vorwegabzüge gemäß Teil F, Nr. 3.1 sowie Anlage 2 Nr. 2 sowie ggf. der Regelung in Anlage 2 Nr. 1 von Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 werden berücksichtigt.
11. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Maßnahmen nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, Teil F, Abschnitt I., Nrn. 3.2.1, 3.4, 3.5, 3.6 und 3.7 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 1 bis 12. zu vereinbaren.
14. Die Grundsätze nach 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 199. Sitzung am 22. September 2009 genannten Arztgruppen angewendet.

15. Die Partner der Gesamtverträge können im Einvernehmen ein anderes als das unter den Nrn. 2 und 3 dieses Beschlussteils beschriebene Verfahren anwenden oder das in den 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 140d SGB V auf den unbereinigten RLV-Fallwert der betroffenen Arztgruppe im Kollektivvertrag wird auf eine Absenkung bzw. Anhebung von maximal 2,5 v. H. begrenzt (Schwellenwert). Soweit die quartalsbezogene Bereinigung von Selektivverträgen auf den unbereinigten RLV-Fallwert eine Absenkung bzw. Anhebung von mehr als 2,5 v. H. 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.
 - b. Im Übrigen bleibt die fallzahlbezogene Bereinigung der Regelleistungsvolumen von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten davon unberührt.
17. Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren die notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung der anteiligen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin aus Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V, welche die hausärztliche Versorgung betreffen. Hierbei ist eine Doppelfinanzierung der Förderbeträge von Seiten der Kostenträger, der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und der Teilnehmer der Selektivverträge auszuschließen. Es ist sicherzustellen, dass Ärzte, die an Selektivverträgen zur hausärztlichen Versorgung teilnehmen, an der Finanzierung der Förderbeiträge in entsprechendem Umfang beteiligt werden.

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.

4. Information über die arzt- und praxisbezogene Bereinigung der Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztliche Vereinigung

Bei der quartalsweisen Information der Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß Beschlussteil F Nr. 3.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009

zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V werden Angaben über die aufgrund von Selektivverträgen gemäß Abschnitt 3 bereinigten Bestandteile der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen übermittelt. Die konkreten Inhalte werden bis zum 31. Januar 2010 vom Bewertungsausschuss beschlossen und in die Anlage 3 des Beschlussteils F Nr. 3.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V aufgenommen.

5. Ersatz der Beschlüsse aus der 16. Sitzung

Dieser Beschluss ersetzt die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 16. Sitzung am 1./9. Dezember 2009.

Protokollnotiz zu Beschlussteil III:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird ihre Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina vom 22. Januar 2009 zurücknehmen, ohne dass dies als Änderung ihrer diesbezüglichen Rechtsauffassung zu verstehen ist.

Für den Fall, dass sich die Partner der Gesamtverträge oder die damit befassten Schiedsämter bis zum 31. Dezember 2009 noch nicht auf ein Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 verständigen konnten, wird die einvernehmliche rückwirkende Anwendung des in diesem Beschlussteil vorgegebenen Verfahrens empfohlen.

IV. Übergangsbestimmungen für die Quartale 1 und 2/2010

Für das erste und zweite Quartal 2010 gelten abweichend von Teil I folgende Fristen:

- Ist eine Einigung zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumen für das erste Quartal 2010 bis zum 31. Dezember 2009 nicht zustande gekommen, so ist unmittelbar das Schiedsamt anzurufen. In diesem Fall hat die Kassenärztliche Vereinigung die Regelleistungsvolumen soweit noch möglich mit einem Änderungsvorbehalt zu versehen. Entscheidungen des Schiedsamts sind unmittelbar umzusetzen, falls die Entscheidung innerhalb des ersten Quartals 2010 erfolgt.
- Sofern eine Krankenkasse für das erste Quartal 2010 bis zum 12. Dezember 2009 Daten zu den teilnehmenden Versicherten sowie zu den Bereinigungsbeträgen geliefert hat und es keine abweichenden vertragliche Regelungen zu den Datenlieferungen gibt, ist eine fristgemäße Datenlieferung erfolgt. Wenn keine Einigung über diese Datengrundlage erzielt wurde, erfolgt eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gelieferten Daten gemäß der Abschnitte 3.1 bzw. 3.2 von Teil II dieses Beschlusses. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt den Vertragsärzten in diesem Fall - soweit möglich - die vorläufig bereinigten RLV mit. Die Partner des Bereinigungsvertrags können sich für das zweite Quartal 2010 einvernehmlich auf Abweichungen von den in den allgemeinen Verfahrensgrundsätzen genannten Fristen verständigen.
- Für das erste und zweite Quartal 2010 können Daten nach den für 2009 vereinbarten oder durch das Schiedsamt festgelegten Datenkörpern zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geliefert werden.

Technischer Anhang

**zu Teil III des Beschlusses
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 17. Sitzung am 16. Dezember 2009

mit Wirkung zum 1. Januar 2010 bis zum 31. Dezember 2010

1. Datengrundlage

Folgende Daten sind Grundlage der Ermittlung der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen [in Anhang 1, Nr. 1 zu überführen]:

- 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 199. Sitzung am 22. September 2009 zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V:
 - Arztgruppenspezifischer Anteil am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (RLV_AG) gemäß Teil F Nr. 3,
 - Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal (FZ_Arzt) gemäß Teil F Nr. 5,
- die von den Krankenkassen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.3 von Teil II dieses Beschlusses bereitzustellenden Daten,
- die von den Gesamtvertragspartnern festzustellenden versorgungsbereichsspezifischen bzw. arztgruppenspezifischen Aufstellungen der für alle Krankenkassen zu bereinigenden Summe aller Leistungsbedarfe,
- Summe der Vorvorjahresquartalsfälle eines Arztes (FZ_Arzt_Rückkehrer) für diejenigen Teilnehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachte-

ten Quartal des Jahres 2010 wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr 2009 im Selektivvertrag waren,

- Summe der Vorjahresquartalsfallzahlen der im Jahr 2010 im Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten (FZ_Arzt_SV) 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 Vorjahresquartal der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teilnehmenden 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 2010 insgesamt zu bereinigenden RLV-Vergütungsvolumen **BE_AG_K_E** für Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung von Versicherten und **BE_AG_K_N** für Selektivverträge mit situativer Teilnahme ermittelt. Dazu wird die RLV-relevante arztgruppenspezifische Leistungsmenge 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 den Wert des Vorjahresquartals als Folge von bereits im Jahr 2009 vorgenommenen Bereinigungen von Selektivverträgen deutlich unterschreitet, einigen sich die Partner der Gesamtverträge auf einen geeigneten Ausgleich (z. B. durch Anwendung der Vorjahresquartalsfallzahlen anstelle der Vorjahresquartalsfallzahlen für die Ermittlung der FZ_AG bei denjenigen Versicherten, die im Vorjahresquartal bereits in einem im Vorjahresquartal bereinigten Selektivvertrag eingeschrieben waren).
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 Vorjahresquartal in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarf im Vorjahresquartal

insgesamt je Fall. Der Umrechnungsfaktor UF_AG_K_E wird für die Altersklassen gemäß den für die Arztgruppe zutreffenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM separat ermittelt und nach Satz 1 auf die Rückkehrer- und Bereinigungsfallzahlen der auf die entsprechenden Altersklassen entfallenden Versicherten des jeweiligen Selektivvertrags angewendet.

4. Für diejenigen Versicherten, die im betrachteten Quartal des Jahres 2010 wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr 2009 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 Fälle des Vorjahresquartals festgestellt.
5. Für jeden Arzt der Arztgruppe wird die Summe der ggf. mit UF_AG_K_E gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen **FZ_Arzt_SV** der im Jahr 2010 in einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung eingeschriebenen Versicherten ermittelt. Nimmt der Arzt an einem Selektivvertrag 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 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, d. h. die altersgruppenspezifischen rechnerischen Bereinigungsfallwerte $\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{Altersklasse}}$ werden mit den altersgruppenspezifischen Anteilen der Gesamtfallzahl FZ_AG gewichtet. 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 Teil III, Abschnitt 1, Nr. 16a, erster Absatz, bleibt hierbei unberührt.

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 $\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}}$ nach Ziffer 7.

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

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

9. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7 ermittelte altersadjustierte rechnerische Bereinigungswert $Rech_FW_AG_B_{\text{altersadjustiert}}$ 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 für $BE_AG_K_N$ für Selektivverträge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragspezifisch für die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte nach dem Ausmaß ihrer selektivvertraglichen Tätigkeit im Vorjahresquartal $A_Arzt_K_N$ aufgeteilt.
10. Für den Fall, dass der nach Ziffer 7 ermittelte rechnerische Bereinigungswert $Rech_FW_AG_B_{\text{altersadjustiert}}$ 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,
- 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 Bereinigungswert 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:

$B_AG_Rest =$

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

- ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmenden Arztes aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes FW_AG_B mit seiner um die $FZ_Arzt_R\u00fcckkehrer$ erh\u00f6hten Fallzahl des Vorjahresquartals FZ_Arzt .
- 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 f\u00fcr $BE_AG_K_N$ f\u00fcr Selektivvertr\u00e4ge mit situativer Einschreibung. Diese werden vertragspezifisch f\u00fcr die am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzte nach dem Ausma\u00df ihrer selektivvertraglichen T\u00e4tigkeit im Vorjahresquartal $A_Arzt_K_N$ aufgeteilt. Sollten sich dabei negative Regelleistungsvolumen ergeben, werden diese auf Null begrenzt.

11. Der Faktor zur morbiditätsbezogenen Differenzierung der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 2 Nr. 6 von Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 199. Sitzung vom 22. September 2009 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 arzt-spezifischen 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 2010 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 2010 für Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten
- **RLV_AG:** Auf der Grundlage der nicht um Selektivverträge bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschlussteil F zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen ermitteltes, unbereinigtes, kassenübergreifendes Regelleistungsvolumen der Arztgruppe AG
- **FZ_Arzt:** Fallzahlen des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte der Arztgruppe
- **FZ_AG = $\sum FZ_Arzt$:** Vorjahresquartalsfallzahl aller Ärzte der Arztgruppe AG
- **FW_AG:** Nicht bereinigter Fallwert der Arztgruppe (ergibt sich aus der Division des RLV_{AG} durch die FZ_{AG})
- **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 Vorjahresquartal in der Abgrenzung des jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrags je Fall zum durchschnittlichen innerhalb der KV und Arztgruppe erbrachten Leistungsbedarfs im Vorjahresquartal insgesamt je Fall
- **FZ_Arzt_Rückkehrer:** Summe der ggf. mit $UF_{AG_K_E}$ gewichteten Vorjahresquartalsfälle bei den einzelnen Ärzten der Arztgruppe für diejenigen Teilnehmer an Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung, die im betrachteten Quartal des Jahres 2010 wieder im Kollektivvertrag sind, aber im Vorjahresquartal im Jahr 2009 im Selektivvertrag waren
- **FZ_Arzt_SV:** Summe der ggf. mit $UF_{AG_K_E}$ gewichteten Vorjahresquartalsfallzahlen der im Jahr 2010 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 = $FZ_Arzt + FZ_Arzt_Rückkehrer - FZ_Arzt_SV$:** 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}**: vorläufiger bereinigter Fallwert 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}** = $\Sigma(\text{Rech_FW_AG_B}_{\text{Altersklasse}} * FZ_AG_{\text{Altersklasse}} / FZ_AG)$: altersadjustierter vorläufiger bereinigter Fallwert der Arztgruppe
- **FW_AG_B**: Bereinigter Fallwert der Arztgruppe:
 $FW_AG_B = \max(0,975 * FW_AG, \text{Rech_FW_AG_B})$, wenn $\text{Rech_FW_AG_B} < FW_AG$ **bzw.**
 $FW_AG_B = \min(1,025 * FW_AG, \text{Rech_FW_AG_B})$, wenn $\text{Rech_FW_AG_B} > FW_AG$
- **B_AG_Rest** =
$$\frac{\left(FW_AG_B - \text{Rech_FW_AG_B}_{\text{altersadjustiert}} \right) * \sum_{\text{alle \u00c4rzte AG}} FZ_BE_Arzt}{\sum_{\text{Selektivvertrag-Teilnehmer}} FZ_BE_Arzt}$$
: 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 im Vorjahresquartal der einzelnen an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung teilnehmenden \u00c4rzte an dem Leistungsbedarf im Vorjahresquartal aller am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden \u00c4rzte, jeweils in der Abgrenzung des vertragsspezifischen Versorgungsauftrags
- **BRLV_Arzt** (bereinigtes Regelleistungsvolumen eines Arztes):
 falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Teil III, Abschnitt 1, Nr. 16a nicht greift
 $= FW_AG_B * FZ_BE_Arzt - \Sigma(BE_AG_K_N * A_Arzt_K_N)$
 falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Teil III, Abschnitt 1, Nr. 16a greift, f\u00fcr ausschlie\u00dflich am Kollektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte
 $= FW_AG_B * (FZ_Arzt + FZ_Arzt_R\u00fcckkehrer)$
 falls die Begrenzung nach Grundsatz aus Teil III, Abschnitt 1, Nr. 16a greift, f\u00fcr an mindestens einem Selektivvertrag teilnehmende \u00c4rzte
 $= (FW_AG_B - B_AG_Rest) * FZ_BE_Arzt - \Sigma(BE_AG_K_N * A_Arzt_K_N)$