

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010

in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß §§ 87 und 87a bis c SGB V bis zum 31. August 2009 mit nachfolgenden Inhalten für das Jahr 2010. Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008¹, ergänzt und geändert durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8.², 11.³ und 12.⁴ Sitzung sowie durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 164.⁵, 172⁶ und 180.⁷ Sitzung werden durch diesen Beschluss fortgeschrieben.

- | | |
|--------|--|
| Teil A | Beschluss gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V zur Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2010 |
| Teil B | Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 SGB V zum Verfahren der Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V für das Jahr 2010 |
| Teil C | Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010 |
| Teil D | Beschluss gemäß § 87 Abs. 2e SGB V zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung |
| Teil E | Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V |
| Teil F | <i>Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (noch nicht beschlossen)</i> |
| Teil G | Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V |
| Teil H | Beschluss gemäß § 87 Abs. 2c SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen |
-

¹ 7. Si. EBA 27./28.08.2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998)

² 8. Si. EBA 23.10.2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2602 – A 2604)

³ 11. Si. EBA 17.03.2009 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 15 vom 10. April 2009, A 726)

⁴ 12. Si. EBA 20.05.2009 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 24 vom 12. Juni 2009, A 1268 – A 1269)

⁵ 164 Si. BA 17.10.2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2607 – A 2612)

⁶ 172. Si. BA schriftl. Beschlussfassung (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 5 vom 30. Januar 2009, A 212)

⁷ 180. Si. BA 20.04.2009 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 19 vom 08. Mai 2009, A 942 – A 946)

Teil A

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V zur Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2010

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

1. Berücksichtigung von Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge bei der Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V für das Jahr 2010

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87c Abs. 1 Satz 7 SGB V die Korrektur von Fehlschätzungen der Leistungsmenge bei der Feststellung des Orientierungswertes. Dabei wird ein korrigierter Orientierungswert für das Jahr 2009 ermittelt, der den Aufsatzwert für die Ermittlung des Orientierungswertes des Jahres 2010 gemäß § 87 Abs. 2e SGB V darstellt.

2. Leistungsmenge

2.1 Aufsatzzeitraum

Ausgangsbasis für die Ermittlung der Leistungsmenge sind die im 1. bis 4. Quartal 2008 abgerechneten Leistungen gemäß der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Satzart ARZTRG87c1.

2.2 Festlegung der Leistungsmenge nach Wertstellung

Grundlage ist die sachlich-rechnerisch anerkannte Leistungsmenge unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Die Ermittlung der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen (HVV-Quote) erfolgt auf der Grundlage der Datenlieferung gemäß dem 154. Beschluss des Bewertungsausschusses, Nr. V. Die HVV-Quote beträgt 0,8864.

2.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

1. Zu berücksichtigen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten sind unter Verwendung des sich aus der kassenseitigen Abrechnung (Formblatt 3) für alle Leistungen insgesamt ergebenden durchschnittlichen Punktwertes für alle Krankenkassen in Punktzahlen umzurechnen. Dieser Punktwert beträgt 3,2402 Cent.
2. Nicht einzubeziehen sind die Leistungen gemäß Beschlusses Teil A Nr. 1.2 des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008.

2.4 Anpassungsfaktoren zur Anpassung des Leistungsbedarfs für besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die bei der Ermittlung des Orientierungswertes berücksichtigten, auf Basis des Leistungsbedarfs des 1. bis 4. Quartals 2008 anzuwendenden Anpassungsfaktoren für besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden gemäß Teil A Nr. 2.4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, ergänzt und geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8. Sitzung am 23. Oktober 2008, Teil A Nr. 2.4 festgelegt.

3. Finanzvolumen

Als Finanzvolumen wird das gemäß Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 festgestellte Volumen ergänzt und geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 herangezogen.

4. Festlegung des um die Fehlschätzung der Leistungsmenge korrigierten Orientierungswertes

Der korrigierte Orientierungswert bestimmt sich als Quotient des nach Nr. 3 festgestellten Finanzvolumens und der nach Nr. 2 ermittelten Leistungsmenge. Der korrigierte Orientierungswert wird in Höhe von 3,5048 Cent festgelegt.

5. Anwendung der Anpassungskriterien nach § 87 Abs. 2g SGB V

Zur Anwendung der Anpassungskriterien nach § 87 Abs. 2g SGB V stellt der Erweiterte Bewertungsausschuss fest:

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 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs beauftragt. Die Ergebnisse dieser Überprüfung stellen eine wesentliche Grundlage für die Überprüfung der Notwendigkeit der Anpassung des Orientierungswertes an die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind, für die Möglichkeit der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind, sowie für die Anpassung aufgrund der allgemeinen Kostendegression infolge von Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstufungsregelung berücksichtigt werden, dar.

2. Gemäß des 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 und über Maßnahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems (z. B. Anpassung von Punktzahlen, Folgewirkungen für die Punktwerte) entscheiden.

5.2 Beschlussfassung über die weitere Anpassung des Orientierungswertes

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass auf Basis der bewertenden Schlussfolgerungen nach Nr. 5.1 Ziffer 2 über eine Anpassung des Orientierungswertes zu entscheiden ist. Für das Jahr 2010 sieht er daher von einer Anwendung der Anpassungskriterien ab.

6. Orientierungswert für das Jahr 2010

Der Orientierungswert im Regelfall gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V wird für das Jahr 2010 in Höhe des korrigierten Orientierungswertes gemäß Nr. 4 mit 3,5048 Cent festgelegt.

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 Leistungsumfanges 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.

Teil C

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach § 87 Abs. 2e SGB V abgewichen werden kann. Für die Punktwertvereinbarungen für das Jahr 2010 beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss wie folgt:

1. Feststellung zum Begriff der regionalen Besonderheiten

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt – auch auf Grundlage der rechtlichen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit in der 324. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 04. August 2009 – fest, dass § 87 Abs. 2f SGB V i.V.m. § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V den Begriff der „regionalen Besonderheiten“ auf Besonderheiten zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass Anhaltspunkte dafür sprechen, dass innerhalb der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur (z. B. zwischen städtischen und ländlichen Räumen) bestehen. Diese kann der Erweiterte Bewertungsausschuss aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht heranziehen.

2. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2010 fest, dass unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Kostenstruktur zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Kostenstruktur rechtfertigen würden.

3. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

3.1 Leistungsbezogene Indikatoren für regionale Besonderheiten der Versorgungsstrukturen

Die Partner der Gesamtverträge überprüfen zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten der GKV je Gebührenordnungsposition die Höhe der im Jahr 2010 für die nachfolgend aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen zu zahlende Vergütung unter Berücksichtigung der gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008.

Unterschreitet die für das Jahr 2010 ermittelte zu zahlende Vergütung je Gebührenordnungsposition für

- belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) und
- Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5, die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520,

die gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008 hierfür zu zahlende Vergütung (Leistungsbezogener Indikator für regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur bei der Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen), vereinbaren die Partner der Gesamtverträge zum Ausgleich der festgestellten Unterschreitungen für die betroffenen Gebührenordnungspositionen leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert der Euro-Gebührenordnung.

Für nachfolgende Leistungen

- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
- Früherkennungsuntersuchung U 7a,
- Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit
- Hautkrebsscreening,
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
- Leistungen der künstlichen Befruchtung,
- Strahlentherapie,
- Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- Polysomnographie
- MRT-Angiographie

wird den Partnern der Gesamtverträge empfohlen festzustellen, ob zur Sicherung einer angemessenen Vergütung analoge Regelungen nach Satz 2 erforderlich sind. Über die in Satz 2 und 3 genannten Leistungen hinaus können

die Partner der Gesamtverträge weitere besonders förderungswürdige Leistungen bestimmen und für diese Zuschläge zum Orientierungswert festlegen.

Die Vergütung der nach Satz 2 bis 4 vereinbarten Zuschläge für außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Leistungen erfolgt aus den Rückstellungen zur Verhinderung überproportionaler Honorarverluste nach Beschluss Teil G 1. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und diese Rückstellungen sind durch die betroffenen Krankenkassen hierzu zweckgebunden fortlaufend um das Vergütungsvolumen für die je abgerechneter Gebührenordnungsposition für besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 2 zum Ansatz kommende Zuschläge nach Satz 2 zusätzlich zu erhöhen.

Der Bewertungsausschuss konnte die Auswirkungen der regionalen Vereinbarungen zur Vermeidung von Honorarverlusten für besonders förderungswürdige Leistungen im Jahr 2009 bis zum Zeitpunkt dieser Beschlussfassung noch nicht überprüfen, geht aber von der Notwendigkeit einer Fortschreibung der hierzu für das Jahr 2009 getroffenen Regelungen mit diesem Beschluss für das Jahr 2010 aus. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2010 kritisch prüfen, ob ein Fortbestand dieser Regelung im Jahr 2011 erforderlich ist. Das Institut des Bewertungsausschusses wird damit beauftragt, die Auswirkungen der regionalen Vereinbarungen zur Vermeidung von Honorarverlusten für besonders förderungswürdige Leistungen im Jahr 2009 zu analysieren und dem Bewertungsausschuss das Ergebnis der Untersuchung bis zum 31. Juli 2010 vorzulegen. Im Bereich des ambulanten Operierens ist insbesondere zu überprüfen, ob eine Differenzierung der Regelungen nach der Komplexität des Eingriffs sinnvoll wäre. Der Prüfauftrag aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20. Mai 2009 bleibt unberührt. Der sofortige Vollzug gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG der Regelung gemäß 3.1 wird beschlossen.

3.2 Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur im Übrigen

Der Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2010 fest, dass über die Regelung in Ziffer 3.1 hinaus unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine weiteren Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Versorgungsstruktur zwischen den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur rechtfertigen würden.

Darüber hinaus wird das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, bis zum 31. August 2010, eventuelle Zusammenhänge zwischen den jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen einerseits und Art und Umfang der ambulanten Leistungserbringung andererseits umfassend zu untersuchen und die Ergebnisse an den Bewertungsausschuss zu berichten, damit der Bewertungsausschuss für die Folgejahre notwendige Konsequenzen ziehen kann. Nr. 1 ist zu beachten.

Teil D

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2e SGB V zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Nach § 87 Abs. 2e SGB V sind die Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen ab 01. Januar 2010 nach dem Versorgungsgrad zu differenzieren. Der Bewertungsausschuss legt hierfür Orientierungswerte für den Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung fest. Auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses sind von den Partnern der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 2 SGB V für Planungsbezirke mit Überversorgung künftig (auch für bereits dort niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten) Abschläge bei den Punktwerten für die Vergütung vorzusehen, für Regionen mit Unterversorgung sind Zuschläge bei den Punktwerten gegenüber der Versorgung im Regelfall vorzusehen. Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichten, berücksichtigen nach § 87a Abs. 3 SGB V die differenzierten Punktwerte. Der Gesetzgeber beabsichtigt, dass die Regelungen steuernde Wirkung entfalten.

Vor diesem Hintergrund beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss in Nr. 1 das Vorgehen zur Festlegung der Orientierungswerte zu Vergütung von ärztlichen Leistungen im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung. In Nr. 2 beschließt er die Bildung einer Arbeitsgruppe zur Klärung von Umsetzungsfragen; auf der Basis der Ergebnisse der Arbeitsgruppe wird der Bewertungsausschuss das Vorgehen ggf. mit Wirkung für das Jahr 2011 anpassen.

1. Orientierungswerte bei festgestellter Unter- und Überversorgung

1.1 Anwendung der Orientierungswerte bei festgestellter Unter- und Überversorgung

1.1.1 Abgrenzung des Versorgungsmaßes

1. Für jede in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) unter § 4 Absatz 1 berücksichtigte Arztgruppe wird in jedem Planungsbereich¹ das Versorgungsmaß entsprechend dem Versorgungsgrad² dieser Arztgruppe in diesem Planungsbereich in der Bedarfs-

¹ Planungsbereich im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie § 2 Absatz 3.

² Versorgungsgrad im Sinn der Bedarfsplanungs-Richtlinie Anlage 5 Nr. 4.

planung festgelegt. Insgesamt gibt es fünf Versorgungsmaße: Unterversorgung II, Unterversorgung I, Regelversorgung, Überversorgung I, Überversorgung II. Unterversorgung II liegt vor, wenn der Versorgungsgrad 56,25 Prozent bei Hausärzten bzw. 37,5 Prozent bei Fachärzten unterschreitet. Unterversorgung I herrscht, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten größer gleich 56,25 Prozent, aber kleiner als 75 Prozent ist bzw. bei Fachärzten größer gleich 37,5 Prozent, aber kleiner als 50 Prozent ist. Überversorgung I herrscht, wenn der Versorgungsgrad größer als 110 Prozent, aber kleiner als 150 Prozent ist. Überversorgung II liegt vor, wenn der Versorgungsgrad größer gleich 150 Prozent ist.

Das Versorgungsmaß Regelversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten zwischen 75 und 110 Prozent bzw. bei Fachärzten zwischen 50 und 110 Prozent liegt.

2. Für Arztgruppen, die nicht der Bedarfsplanungs-Richtlinie unterliegen, gelten alle Planungsbereiche im Sinne dieses Beschlusses als regelversorgt. Die regionalen Vertragspartner können eine andere Regelung treffen.

1.1.2 Festlegung der Orientierungswerte

In jedem Planungsbereich wird der jeweilige Orientierungswert (Orientierungswert Unterversorgung II, Orientierungswert Unterversorgung I, Orientierungswert Regelversorgung, Orientierungswert Überversorgung I, Orientierungswert Überversorgung II) entsprechend dem Versorgungsmaß gemäß 1.1.1 angewendet. Die Höhe dieser fünf Orientierungswerte bestimmt sich aus den Regelungen im Abschnitt 1.2 dieses Beschlusses.

Die Partner der Gesamtverträge können hiervon abweichend entscheiden, in einzelnen oder allen Planungsbereichen statt der Orientierungswerte II die entsprechenden Orientierungswerte I sowie statt der Orientierungswerte I den Orientierungswert Regelfall anzuwenden.

Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unterhalb von 30 Prozent bei Hausärzten bzw. unterhalb von 20 Prozent bei Fachärzten, dann ist zwingend der Orientierungswert Unterversorgung II anzuwenden. Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich oberhalb von 200 Prozent, dann ist zwingend der Orientierungswert Überversorgung II anzuwenden; die Partner der Gesamtverträge können hiervon abweichend entscheiden, dass dies nicht für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gilt.

Im Falle einer drohenden Unterversorgung gemäß § 101 Absatz 1 SGB V kann der Orientierungswert Regelversorgung oder der Orientierungswert Unterversorgung I angewendet werden.

1.1.3 Sonderregelung für kleine Planungsbereiche

In einem Planungsbereich, in dem in einer Arztgruppe ein Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent durch die Niederlassung eines einzigen Arztes³ erreicht wird und auch nur ein Arzt dieser Arztgruppe in dem Planungsbereich niedergelassen ist, wird dieser mit dem Orientierungswert Regelversorgung vergütet.

1.1.4 Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ , Teilgemeinschaftspraxen, Filialen

Für arztgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen und MVZ, in denen unterschiedliche Punktwerte zur Anwendung kommen würden, können die Partner der Gesamtverträge regeln, dass den Kooperationsstrukturen ein Mischpreis zugeordnet wird. Dies gilt für Filialen entsprechend. Der Mischpreis soll aus der Vergangenheit im Rahmen einer leistungsbedarfsgerichteten Mittelwertbildung ermittelt werden.

1.1.5 Abrechnung materialbezogener Leistungen

Materialbezogene Leistungen werden mit dem Regelpunktwert vergütet. Näheres beschließt der Bewertungsausschuss bis 31. Dezember 2009.

1.1.6 Qualitätsbezogene Sonderbedarfsfeststellung

Im Falle einer qualitätsbezogenen Sonderbedarfsfeststellung gemäß Abschnitt 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinie entscheiden die Partner der Gesamtverträge, welcher Punktwert zur Vergütung dieser Leistungen anzuwenden ist.

1.1.7 Vergütung nach Beendigung der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung

Wird für einen Planungsbereich festgestellt, dass keine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung mehr herrscht, so werden allen Ärzte, die zu dem Zeitpunkt der Feststellung der Regelversorgung zugelassen waren, die zuvor gezahlten Punktwerte (Unterversorgung I oder Unterversorgung II) für fünf weitere Jahre weiter vergütet. Die Partner der Gesamtverträge können den Zeitraum auf bis zu acht Jahre verlängern.

1.1.8 Sonderregelung bei Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs gemäß § 34a Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Bei Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs in einem ansonsten überversorgten Planungsbereich ist in der entsprechenden Bezugsregion für die Ärzte des betroffenen Fachgebietes der Regelpunktwert anzuwenden.

³ Der Begriff „Arzt“ wird einheitlich und neutral verwendet als Synonym für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.

1.1.9 Fremdkassenzahlungsausgleich

Leistungen im Fremdkassenzahlungsausgleich werden mit dem Regelpunkt-
wert vergütet.

1.1.10 Das Regelleistungsvolumen übersteigende Leistungen

Das Regelleistungsvolumen übersteigende Leistungen in der morbiditätsbe-
zogenen Gesamtvergütung werden mit dem sich ergebenden KV-spezifischen
abgestaffelten Restpunktwert des Versorgungsbereichs gemäß Beschlusstil
F ohne Differenzierung nach Versorgungsgraden vergütet.

1.1.11 Einbezug psychotherapeutischer Leistungen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Festlegung von Zu-
schlägen zum Orientierungswert bei Unterversorgung und von Abschlägen
vom Orientierungswert bei Überversorgung gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2
und 3 SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Höhe der Vergütung
psychotherapeutischer Leistungen nicht in Widerspruch steht.

1.2 Höhe der Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung

1.2.1 Versorgungsmaßspezifischer Zuschlag bzw. Abschlag

1. Die Höhe der Orientierungswerte Unterversorgung I und II (gemäß § 87
Abs. 2e Nr. 2 SGB V) berechnet sich aus einem versorgungsmaßspezifi-
schen Zuschlag bei Unterversorgung zum Orientierungswert Regelfall gem.
§ 87 Abs. 2e Nr. 1 SGB V. Dieser Zuschlag ist in Anlage 1 Ziffer 1 festge-
legt.
2. Die Höhe der Orientierungswerte Überversorgung I und II (gemäß § 87 Abs.
2e Nr. 3 SGB V) berechnet sich aus einem versorgungsmaßspezifischen
Abschlag bei Überversorgung vom Orientierungswert Regelfall gem. § 87
Abs. 2e Nr. 1 SGB V. Dieser Abschlag ist in Anlage 1 Ziffer 2 festgelegt.

1.2.2 Konvergenzregel für Ärzte in überversorgten Planungsbereichen

1. Für Ärzte, die bereits vor dem 01. Januar 2010 oder mit Wirkung zum 01.
Januar 2010 in Planungsbereichen zugelassen waren, in denen einer der
Orientierungswerte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, findet im
Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung Anwendung. In den Jah-
ren 2011 bis 2016 findet für diese Ärzte eine Konvergenzphase Anwen-
dung. Der Abschlag in der Konvergenzphase für diese Ärzte wird dadurch
ermittelt, dass der Wert der Tabelle in Anlage 1 Ziffer 2 mit dem Konver-
genzfaktor A multipliziert wird. Der Konvergenzfaktor A beträgt:

2011:	0,1
2012:	0,2
2013:	0,3

2014:	0,5
2015:	0,7
2016:	0,9

2. Für Ärzte, die zwischen dem 01. Januar 2010 und dem 31. Dezember 2011 eine Praxis in Planungsbereichen erwerben, in denen einer der Orientierungswerte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, findet im Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung Anwendung. Für diese Ärzte findet für die Abschläge in den Jahren 2011 bis 2013 eine Konvergenzregelung Anwendung.

Der Abschlag in der Konvergenzphase für diese Ärzte wird dadurch ermittelt, dass der Wert der Tabelle in Anlage 1 Ziffer 2 mit dem Konvergenzfaktor B multipliziert wird. Der Konvergenzfaktor B beträgt:

2011:	0,1
2012:	0,4
2013:	0,7

1.3 Berücksichtigung bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Beschluss Teil B) ist dieser Beschluss entsprechend zu berücksichtigen und die Zahlungen sind unterjährig zu korrigieren; hierzu vereinbaren die Gesamtvertragspartner Näheres.

Der Bewertungsausschuss fordert die Partner der Bundesmantelverträge auf, bis zum 30. September 2009 die notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung dieses Beschlusses in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Einzelfallnachweises zu vereinbaren und in der Vereinbarung über den Datenträgeraustausch nach § 295b Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 01. Januar 2010 zu regeln. Darüber hinaus haben die Partner der Bundesmantelverträge bis zum 30. September über die Abbildung der aus diesem Beschlussteil resultierenden Änderungen der Abrechnung, insbesondere den Ausweis der jeweiligen Orientierungswerte (bei Unter- bzw. Überversorgung I und II sowie bei Regelversorgung) und der damit in Zusammenhang stehenden Leistungsmenge im den Formblatt 3 zu regeln.

2. Einrichtung einer Arbeitsgruppe

1. Der Erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses unter Beteiligung des Instituts des Bewertungsausschusses und ggf. unter Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Arbeitsgruppe einzurichten. Die Arbeitsgruppe wird damit beauftragt, auf der Grundlage der Regelungen in Nr. 1 unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderungen der

Bedarfsplanungsrichtlinie sowie unter Entwicklung geeigneter Regelungen für die unter Ziffer 2. angesprochenen Sachverhalte bis zum 31. Juli 2010 Umsetzungsfragen zu bearbeiten und die Ergebnisse dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

2. Die Arbeitsgruppe soll insbesondere auch prüfen,
 - a. wie die vom Gesetzgeber intendierte Steuerung des Niederlassungsverhaltens wirksam und zeitnah umgesetzt werden kann,
 - b. inwieweit und ggfs. in welcher Form die in § 87 Abs. 2e Satz 3 gesetzlich angelegte übergangsweise Differenzierung der Orientierungswerte bei Überversorgung für Altärzte und für praxisübernehmende Ärzte rechtssicher umgesetzt werden kann,
 - c. inwieweit und ggfs. in welcher Form arztgruppendifferenzierende Regelungen zu treffen sind und die überwiegend oder vollständig psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und –psychotherapeuten unter Berücksichtigung der fortlaufenden Rechtsprechung und der Regelungen des GKV-OrgWG zu den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit einbezogen werden können,
 - d. inwieweit unerwünschte Wechselwirkungen mit anderen Steuerungsinstrumenten der vertragsärztlichen Vergütung auftreten und wie diese vermieden werden können ohne das Ziel des Gesetzgebers, dass die Niederlassung steuernde Wirkungen entfaltet werden sollen, zu beeinträchtigen,
 - e. inwieweit für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abweichende Regelungen zu treffen sind,
 - f. inwieweit die überbezirkliche Inanspruchnahme von Leistungen besondere Regelungen erfordert,
 - g. wie unterschiedliche Punktwerte bei Kooperationsstrukturen administriert und Fehlanreize unterbunden werden können,
 - h. inwieweit Regelungen zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zu deren Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen zu treffen sind,
 - i. in welcher Form ergänzende Regelungen für die kassenseitige Abrechnung zu treffen sind,
 - j. welche Anpassungen der Regelungen zur Berechnung und Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen erforderlich werden,

- k. ob und wie eine eventuelle Neugliederung der Planungsbezirke durch den G-BA in das Konzept unter Berücksichtigung der mittel- und langfristigen Entwicklung des Versorgungsbedarfs einbezogen werden kann,
 - l. ob Ausnahmeregelungen für den lokalen Versorgungsbedarf sinnvoll sind,
 - m. ob vorgesehen werden kann, dass für Minderausgaben durch Abschläge von den Punktwerten in überversorgten Gebieten, soweit sie Mehrausgaben durch Zuschläge in unterversorgten Gebieten übersteigen, eine Rückstellung gebildet wird, die gemeinsam, ggf. überbezirklich, von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen insbesondere zum Zweck des Abbaus bestehender oder drohender Unterversorgung bewirtschaftet wird, und wie ein solcher Ausgleich organisiert werden soll.
3. Der Bewertungsausschuss wird auf Basis des Ergebnisses der Arbeitsgruppe prüfen, inwieweit Änderungen der Regelungen in Nr. 1 erforderlich sind.

Anlage 1

Faktoren (F_{AG}) Zuschläge und Abschläge für die Orientierungswerte bei Über-/Unterversorgung I und II gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V differenziert nach Arztgruppen

1. Die Faktoren für *Zuschläge bei Unterversorgung* (FZ) werden für die Arztgruppen (AG) gemäß § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt festgelegt:

Arztgruppe	Faktoren Zuschläge (FZ_{AG}) zum Orientierungswert Regelfall gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V	
	Unterversorgung I Zuschlag	Unterversorgung II Zuschlag
Gruppe 1.: Alle Fachgruppen ohne - Radiologen - Chirurgen - Psychotherapeuten	10	20
Gruppe 2.: - Radiologen - Chirurgen	8	16
Gruppe 3: Psychotherapeuten	13,5	27

Der Zuschlag gemäß § 87 Abs 2e Satz 1 Nr. 2 SGB V wird folgendermaßen berechnet:

$$OW_{VM,AG} = OW_R \times [1 + FZ_{AG} / 100]$$

$OW_{VM,AG}$: Orientierungswert versorgungsmaßspezifisch je Arztgruppe bzw. Gruppeneinteilung für die Faktorbildung

OW_R : Orientierungswert Regelfall

2. Die Faktoren für *Abschläge bei Überversorgung* (FA) werden für die Arztgruppen (AG) gemäß § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt festgelegt:

Arztgruppe	Faktoren Abschläge (FA_{AG}) zum Orientierungswert Regelfall gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V	
	Übersorgung I Abschlag	Übersorgung II Abschlag
Gruppe 1.: Alle Fachgruppen ohne Radiologie/Chirurgie und Psychotherapeuten	7	14
Gruppe 2.: Radiologie und Chirurgie	5,5	11
Gruppe 3.: Psychotherapeuten	9,5	19

Der Abschlag gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 3 SGB V wird folgendermaßen berechnet:

$$OW_{VM,AG} = OW_R \times [1 - FA_{AG} / 100]$$

Teil E

Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ein Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

1. Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil E für das Jahr 2009

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V nachfolgende Ergänzungsregeln zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2009 nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V. Der Erweiterte Bewertungsausschuss konkretisiert hiermit den Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008.

1.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1.1.1 Diagnosenbezogenes Klassifikationssystem zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1. Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 erfolgt auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss erworbenen und der vom Institut des Bewertungsausschusses für die vertragsärztliche Versorgung angepassten Variante H mit Hierarchisierung des Klassifikationsverfahrens.
2. Die Variante H der Arbeitsversion des Klassifikationsverfahrens wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2008 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosenbezug und Behandlungsbedarf kalibriert.

3. Als erforderliche Datengrundlage für das Jahr 2009 beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss hiermit zugleich die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe für das Jahr 2009 auf Basis der entsprechend aktualisierten Datensatzbeschreibung.
4. Durch die Kalibrierung gemäß dem mit dem Institut des Bewertungsausschusses abgestimmten Kalibrierungsalgorithmus resultieren die Behandlungsbedarfsgewichte der Risikoklassen (bzw. deren Relativgewichte) für das zeitgleiche Modell der Variante H mit Hierarchisierung des Klassifikationsverfahrens, wobei die nach der Kalibrierung im Modell enthaltenen Risikogruppen die Risikoklassen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 2 SGB V zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind.

1.1.2 Feststellung und Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1. Nach Teil E, Nr. 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 können die folgenden HCC-Gruppen des nach Nr. 1.1.1 spezifizierten Klassifikationssystems einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auslösen:

HCC-Nr.	Bezeichnung
002	Sepsis/Schock
003	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems
004	Tuberkulose
005	Opportunistische Infektionen
006	Andere Infektionskrankheiten
112	Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
115	Akute Bronchitis, Grippe

2. Der bundeseinheitlich (Kassen- und KV-übergreifend) zu ermittelnde nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird durch das Institut des Bewertungsausschusses folgendermaßen berechnet:

Die durchschnittliche Relativgewichtssumme je Versicherten für diese HCC des Jahres 2008 wird mit der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten des Jahres 2009 auf Basis der Relativgewichte des Jahres

2008 verglichen. Übersteigt der Anstieg der Relativgewichtssumme je Versicherten dieser HCC den Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten insgesamt für alle HCC um mehr als 25 %, so gilt die Differenz der Überschreitungsanteile als nicht vorhersehbarer Anstieg der Morbidität bezogen auf die HCC. Der daraus zu ermittelnde und durch die Partner der Gesamtverträge gemäß Ziffer 4 um den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs nach Nr. 1.2 geminderte Leistungsbedarf auf Basis von Relativgewichten aus dem Jahr 2008 wird insoweit vergütet, als der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf im Jahr 2009 insgesamt überschritten ist.

3. Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum überproportionalen Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten für alle unter Ziffer 1 aufgeführten HCCs bis zum 15. August 2010 vor und stellt auf der Grundlage des in Ziffer 2 beschriebenen Verfahrens den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs fest. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2010 über die Freigabe beschließen. Das Verfahren unter Nr. 1.3 ist zu beachten.
4. Die Partner der Gesamtverträge stellen auf der Grundlage der Berechnungen nach Ziffer 3 und nach Abzug des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs nach Nr. 1.2 entsprechend Ziffer 2 den zusätzlich zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnahe Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2009 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Das Verfahren unter Nr. 1.3 ist zu beachten.

1.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2009 im Zusammenhang mit der (Ausschluss-) Diagnostik und Behandlung der sog. „neuen Grippe“ bzw. „Schweinegrippe“ entsprechend der hierzu ergangenen Durchführungsempfehlung und Beschlussfassung des Bewertungsausschusses erbracht und gekennzeichnet wurden, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs nach Teil E, Ziffer 3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008. Ausgenommen hiervon sind die über Kostenerstattung nach der GOÄ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen abgerechneten Influenza-Schnelltests im Rahmen der Erstdiagnostik.

1.3 Vermeidung von Doppelzahlungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Regelungen in Nrn. 1.1. und 1.2 zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2009 kommt. Der Bewertungsausschuss stellt außerdem sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen in zukünftigen Jahren kommt, in denen die Diagnosen bzw. der Behandlungsbedarf von 2009 in die Berech-

nungen für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf bzw. den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eingehen. Er beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, hierzu geeignete Verfahren zu entwickeln, die bei der Freigabe-Entscheidung nach Nr. 1.1.2, Ziffer 3 und den Erstattungen nach Nr. 1.1.2, Ziffer 4 zu berücksichtigen sind.

2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes in 2010

2.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt, das in der 7./8. Sitzung beschlossene Verfahren zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für 2009 einschließlich der oben unter Nr. 1.1 beschlossenen Umsetzungen auch für das Jahr 2010 anzuwenden.

Der Bewertungsausschuss wird prüfen, inwieweit die Basis für die Ermittlung des unvorhergesehenen Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auf eine mehrjährige Durchschnittsbetrachtung gestellt werden sollte.

2.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund von Ausnahmeereignissen

2.2.1 Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfes nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V liegt auch vor, wenn Ausnahmeereignisse eintreten, insbesondere:

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert-Koch-Institut oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

2.2.2 Kennzeichnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfes

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 2.2.1 aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen.

2.2.3 Vergütung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs

Die gekennzeichneten Leistungen nach Nr. 2.2.2 werden zeitnah nach Vorlage der entsprechenden Abrechnungen von der jeweiligen Krankenkasse nach den Sätzen der EURO-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungen für den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

2.2.4 Fortbestehen bisheriger Vereinbarungen zur neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza)

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 195. Sitzung vom 13. August 2009 zur neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) einschließlich der dort getroffenen Regelungen zur Finanzierung bleibt unberührt.

2.3 Vermeidung von Doppelzahlungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Regelungen in Nrn. 2.1. und 2.2 zu keinen Doppelzahlungen für das 2010 kommt. Der Bewertungsausschuss stellt außerdem sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen in zukünftigen Jahren kommt, in denen die Diagnosen bzw. der Behandlungsbedarf von 2010 in die Berechnungen für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf bzw. den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eingehen. Er beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, hierzu geeignete Verfahren zu entwickeln.

Teil G

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss in Fortschreibung seines Beschlusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 und vom 23. Oktober 2008 folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V:

1. Von der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2.
2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2009 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 5 SGB V anzuwendenden Berechnungsformel nach § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2010 fest.
3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Vorjahr für die unter Nr. 1 genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2010 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.
4. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächst möglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

Teil H

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2c SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

1. Erstattung von Mehrausgaben aufgrund des GKV-OrgWG

Gemäß Beschlussteil B, Nr. 3.3 wird der Behandlungsbedarf je Versicherten um 0,1722 vom Hundert erhöht zur Deckung von Mehrausgaben der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aufgrund der gesetzlichen Änderungen des § 101 Abs. 4 SGB V durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zur Festlegung der Mindestquoten für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, sowie des § 103 Abs. 4 SGB V zum hälftigen Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung von Psychotherapeuten sowie von überwiegend bzw. ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten. Die Partner der Gesamtverträge teilen dem Bewertungsausschuss zum Zwecke der Überprüfung der Regelung in Beschlussteil B, Nr. 3.3 mit, welches Vergütungsvolumen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM im Jahr 2010 tatsächlich auf die vorgenannten gesetzlichen Änderungen des § 101 Abs. 4 SGB V sowie des § 103 Abs. 4 SGB V durch das GKV-OrgWG zurückzuführen ist. Ein vom Bewertungsausschuss zur Umsetzung der Regelung nach Satz 2 vorgegebenes Verfahren ist zwingend zu beachten. Der Bewertungsausschuss entscheidet bis 31. März 2010, ob und inwieweit er ein Messverfahren für die Regelung nach Satz 2 vorgibt.

2. Beobachtung der Mengenentwicklung

Der Bewertungsausschuss wird auch die Mengenentwicklung, soweit sie nicht auf die in Nr. 1 genannten gesetzlichen Regelungen zurückzuführen ist, beobachten.

3. Fortgeltung bisheriger Regelungen

Die mit den Beschlüssen aus der 7. und 8. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses getroffenen Regelungen zur Honorarverteilung für die Leistungen der Psychotherapie gelten fort, bis die in Nrn. 1 und 2 genannten Mengenentwicklungen beurteilt werden können.