

## 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 Planungsbereich<sup>1</sup> das Versorgungsmaß entsprechend dem Versorgungsgrad<sup>2</sup> dieser Arztgruppe in diesem Planungsbereich in der Bedarfs-

---

<sup>1</sup> Planungsbereich im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie § 2 Absatz 3.

<sup>2</sup> 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 Arztes<sup>3</sup> 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.

---

<sup>3</sup> 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 Rechtssprechung 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:

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