

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK- Landesverband NORDWEST,**
die **Krankenkasse für den Gartenbau,**
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**
– BARMER GEK
– Techniker Krankenkasse (TK)
– Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
– KKH-Allianz (Ersatzkasse)
– HEK - Hanseatische Krankenkasse
– hkk
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87b SGB V folgender

2. Nachtrag

zum Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010

geschlossen:

Bei Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen, so dass das Inkrafttreten des Vertrages unter dem Vorbehalt des Abschlusses des Unterschriftenverfahrens steht.

1) Der Nachtrag tritt mit Wirkung ab dem 01.01.2011 in Kraft.

2) In § 2 Absatz 1 Satz 1 wird

„ – Beschluss Teil B Ziffer 6 – “ ersatzlos gestrichen

3) In § 2 Absatz 2 wird in Nr. 7 am Ende ein „und“ eingefügt und die Nr. 8 neu angefügt:

„- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen“

4) In § 2 Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Die Vergütung und Steuerung von Leistungen nach Nr. 3, Nr. 4 und Nr. 8 sowie der Abzug des jeweiligen hierfür bestimmten Vergütungsanteils aus der vorgenannten Ausgangsgröße erfolgt nach Maßgabe der Beschlüsse des EBA und den näheren Bestimmungen dieses VM in § 6 Anlage A.“

5) In § 2 Absatz 9 wird ein Satz 2 angefügt:

„Aufgrund der beabsichtigten Neuregelungen des § 87 d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG werden Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung für das Jahr 2011 getroffen, die außerhalb der MGV vergütet werden. Das nähere hierzu ist in Anlage C zu diesem Verteilungsmaßstab geregelt.“

6) In § 2 wird Absatz 11 neu eingefügt:

„Die nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes und der Anlage A ermittelten Regelleistungsvolumen (RLV) und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen werden bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auf der Grundlage der Anlage B dieses VM bereinigt.“

7) In Anlage A wird in § 1 Absatz 3 wie folgt neu gefasst:

„Reicht ein Vertragsarzt der KV Hamburg im Einzelfall Behandlungsausweise verspätet ein, so werden diese nach den Bestimmungen dieses VM zu den Bedingungen des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres, in dem die Einreichung bei der KV Hamburg tatsächlich erfolgt, vergütet. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM und/oder der RLV/QZV-Systematik des Verteilungsmaßstabes erfolgt sind und/oder die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht vorliegen. In diesen Fällen erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsvierteljahres der Leistungserbringung.“

8) In Anlage A wird § 2 wie folgt neu gefasst:

„Zur Stabilisierung der Regelleistungsvolumen und/oder QZV wird bei deren Ermittlung der rechnerische Fallwert des nach den Vorgaben der Beschlüsse des EBA und dieses VM ermittelten arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens und/oder QZV quartalsweise vom 3. Quartal 2010 bis zum 2. Quartal 2011 jeweils als Zielwert zugrunde gelegt. Wird dieser Zielwert unter Berücksichtigung der für die Ermittlung von Regelleistungsvolumen und/oder QZV jeweils maßgeblichen Fallzahlen und der zur Vergütung der RLV-Leistungen und/oder QZV-Leistungen zur Verfügung stehenden Anteile der vorläufigen MGV um mehr als 3 % unterschritten, werden die zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens und/oder QZV maßgeblichen Fallzahlen soweit reduziert, dass die Unterschreitung des Zielwertes auf maximal 3 % begrenzt wird. Dabei ist der arztindividuelle Anteil an der Senkung des rechnerischen Fallwertes (RLV-Vergütungsvolumen ./ . Fälle und/oder QZV-Vergütungsvolumen / Fälle) zu berücksichtigen. Diese Regelung findet

keine Anwendung auf Vertragsärzte in neuen und jungen Praxen i.S.v. § 10. Für Vertragsärzte, die eine im Verhältnis zur Arztgruppe unterdurchschnittliche Fallzahl versorgen, wird die Reduktion der Fallzahl ausgesetzt. Diesen Vertragsärzten können bis zum Erreichen der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe je Quartal bis zu 20 % zusätzliche Fälle bei der Ermittlung des RLV und/oder QZV zugebilligt werden. Steigerungen des Zielwertes finden nur insoweit Berücksichtigung, als dass sie nicht durch eine im Verhältnis zum jeweiligen Quartal, welches Grundlage für die Zielwertermittlung im Sinne dieser Vorschrift ist, geringere Versorgung von Fällen bedingt sind. Werden für das jeweilige Quartal andere QZV als in dem jeweils für die Ermittlung der Zielwerte maßgeblichen Quartal festgelegt, werden die Zielwerte entsprechend angepasst.“

9) In Anlage A wird § 6 wie folgt neu gefasst:

„§ 6

Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug (Labor, Notfalldienst, pathologische Leistungen, Kostenpauschalen, Humangenetische Leistungen)

(1) Die Vergütung von Leistungen gemäß Ziffer 2.5.1 bis 2.5.5 Beschluss Teil F Abschnitt I erfolgt aus den jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen gemäß der Beschlüsse des EBA zu Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Wird das für die vorgenannten Leistungen jeweils gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das jeweils für die vorgenannten Leistungen gebildete Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den KV-Bereich Hamburg gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Bei den Auflösungen der Rückstellungen für Leistungen nach Ziffer 2.5.1, 2.5.3 und 2.5.5 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA ist die Veranlassung der Leistungen zu berücksichtigen. Sind für eine Vergütung der Leistungen nach den Preisen der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Euro-Gebührenordnung keine Mittel vorhanden, werden die Preise nach den im jeweils hierfür gebildeten Vergütungsvolumen (Vorwegabzug) verfügbaren Mitteln quotiert.“

10) In Anlage A wird § 7 Absatz 7 wie folgt neu gefasst:

„Vertragsärzte, die gemäß §§ 19, 24 bzw. § 32b der Zulassungsverordnung über eine in den Leistungen begrenzte Zulassung (vinkulierte Zulassung) verfügen, bleiben – mit Ausnahme des bisherigen Zulassungsinhabers - bei der Ermittlung und Zuweisung von RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Dies gilt auch für entsprechend angestellte Ärzte.“

11) In Anlage A wird in § 7 der folgende Absatz 8 neu angefügt:

„Originär in anderen als im Versorgungsbereich der KV Hamburg zugelassene oder ermächtigte Ärzte bleiben bei der Zuweisung der RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Werden solche Ärzte im Rahmen KV-bereichsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften im Versorgungsbereich Hamburg tätig, so werden die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen auf das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenzen der Praxis, in der sie tätig werden, angerechnet.“

12) In Anlage A wird § 8 wie folgt neu gefasst:

„(1) Gemäß der Beschlüsse des EBA kann auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KV Hamburg

- bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gemäß Beschluss Teil F Ziffer 3.5 der Beschlüsse des EBA die Vergütung von Leistungen über das arzt-/praxisbezogene RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen,
- die Zuordnung zu Arztgruppen für die RLV-Zuweisung erfolgen und/oder
- die Anpassung des RLV in Fällen von Praxisbesonderheiten sowie aus sonstigen Gründen der Sicherstellung erfolgen.

(2) Eine Antragstellung für zurückliegende Abrechnungsvierteljahre ist ausgeschlossen. Über die Genehmigung entscheidet die KV Hamburg nach pflichtgemäßem Ermessen.“

13) In Anlage A wird § 9 ersatzlos gestrichen.

14) In Anlage A wird § 10 zu § 9; § 11 zu § 10 und § 12 zu § 11.

15) In Anlage A wird § 9 Absatz 2 wie folgt geändert:

„Bei der Ermittlung des RLV und/oder QZV und/oder der Kapazitätsgrenzen ist der Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anhand der folgenden Anrechnungsfaktoren zu berücksichtigen:

1. Für Vertragsärzte entspricht der Anrechnungsfaktor dem mit der Zulassung bewirkten hälftigen (Faktor 0,5) oder vollen Versorgungsauftrages (Faktor 1,0).

2. Für angestellte Ärzte ist für die Ermittlung des Anrechnungsfaktors der Umfang des Versorgungsauftrages entsprechend der vertraglichen Wochenarbeitszeit lt. Genehmigungsbescheid des Zulassungsausschusses maßgebend. Hierbei ist in entsprechender Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei einer vertraglichen Arbeitszeit von über 30 Wochenstunden von einer Vollzeitstelle auszugehen und der Anrechnungsfaktor 1,0 anzusetzen. Im Übrigen ist der Anrechnungsfaktor entsprechend des Anteils der vertraglichen Wochenarbeitszeit im Vergleich zu 30 Wochenstunden zu ermitteln und auf 2 Nachkommastellen mathematisch zu runden. Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

Sofern der tatsächliche Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit hiervon abweicht, ist das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenze entsprechend anzupassen.“

16) In Anlage A wird § 10 wie folgt neu gefasst:

„(1) Nach einer Neuzulassung erhält ein Vertragsarzt

1. für das 1. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 25 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe I),
2. für das 2. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 50 % des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe II),
3. für das 3. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 75% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe III) und
4. für das 4. Quartal ein RLV und/oder QZV in Höhe von 100% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe (Stufe IV).

(2) Versorgt ein Vertragsarzt in einem Quartal nach Absatz 1 Ziffer 1. bis 4. tatsächlich mehr Fälle, als die Fallzahl der Arztgruppe, die für die Bildung der RLV und/oder QZV herangezogen werden, so wird sein RLV und/oder QZV insoweit von Amts wegen angehoben, wie die Verhältniszahl der zugewiesenen Stufe mit der Fallzahl des Vertragsarztes überschritten wird, maximal bis 100% des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe.

(3) Absatz 1 und 2 gilt nicht im Falle einer Neuzulassung, die auf einer Übernahme einer bzgl. der RLV-Fallzahl und/oder QZV-Fallzahl überdurchschnittlichen Praxis beruht. In diesen Fällen ist das RLV und/oder QZV auf Grundlage der bisherigen RLV-Fallzahl des Vorgängers aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zu ermitteln.

(4) Eine Steigerung der RLV und/oder QZV nach Absatz 2 erhalten auch Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2007 neu zugelassen wurden (Vertragsärzte in der Anfangsphase) und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte, wenn sie im Verhältnis zu der für die Zuweisung des RLV und/oder QZV maßgeblichen Fallzahl tatsächlich mehr Fälle versorgen.

(5) In Fällen der Umwandlung von ärztlicher Berufsausübung in Kooperationsformen gilt Ziffer 2.6 Beschluss Teil F Abschnitt I der Beschlüsse des EBA.“

17) In Anlage A wird § 11 wie folgt neu gefasst:

„Die KV Hamburg informiert die Krankenkassen quartalsweise über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die Arztpraxis gemäß des so genannten Transparenzbeschlusses in Abschnitt III Beschluss Teil F und den jeweils diesbezüglich geltenden Beschlüssen des EBA.“ Die KVH stellt die Daten via sFTP-Server den datenannahmefähigen Stellen zur Verfügung.

18) Es wird die nachfolgende Anlage B neu eingefügt.

19) Es wird die nachfolgende Anlage C neu eingefügt.

Hamburg, den 20.12.2010

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

.....
IKK classic

.....
Knappschaft, Regionaldirektion Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage B

zum VM (Bereinigung der RLV und/oder QZV)

§ 1 Grundlagen

- (1) Die nach Maßgabe dieses Verteilungsmaßstabes und der Anlage A ermittelten Regelleistungsvolumen (RLV) und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen werden bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auf der Grundlage
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 – Bereinigungsbeschluss für 2011 - (im Folgenden 238. Beschluss),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 – Ergänzungsbeschluss 2011 – (im Folgenden 242. Beschluss)
 - der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 – Datenübermittlungsbeschluss für 2010 - (im Folgenden 218. Beschlüsse),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 235. Sitzung am 24. September 2010 – Überleitungsbeschluss für I/2011 - (im Folgenden 235. Beschluss) sowie
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung im schriftlichen Verfahren – Datenübermittlungsbeschluss für 2011 - (im Folgenden 246. Beschluss)

mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2011 bereinigt.

- (2) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassenen Konkretisierungen vereinbart werden.
- (3) Sofern der Bewertungsausschuss und/oder der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vorgenannten Zeitraum neue Beschlüsse fassen, sind diese zu berücksichtigen. Die Vertragspartner werden bei Bedarf umgehend Verhandlungen zur Umsetzung aufnehmen.

§ 2 Bereinigungszeitraum Inkrafttreten

Eine Bereinigung von RLV und/oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt. Diese Anlage B tritt mit Wirkung ab

dem I. Quartal 2011 in Kraft und endet, ohne das hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2011.

§ 3 Voraussetzungen für eine Bereinigung

Diese Anlage B findet nur auf unterschriebene und wirksame Vereinbarungen über eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Anwendung.

§ 4 Deklaratorische Bereinigung

Sofern eine deklaratorische Bereinigung der RLV und /oder QZV und/oder Kapazitätsgrenzen durchzuführen ist, erfolgt diese nach denselben Grundsätzen, wie sie in dieser Vereinbarung beschrieben sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die deklaratorische Bereinigung als Bereinigungsart zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages und der KV Hamburg konkret vereinbart worden ist.

§ 5 Inhalt und Umfang der Bereinigung

- (1) Die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung von Selektivverträgen nach §§ 73b und 73c sowie 140a ff. SGB V auf den unbereinigten RLV-Fallwert und/oder QZV-Fallwert der betroffenen Arztgruppe im Kollektivvertrag wird auf eine Absenkung bzw. Anhebung von maximal 0 v. H. begrenzt (Schwellenwert). Soweit die quartalsbezogene Bereinigung eines Selektivvertrages auf den unbereinigten RLV-Fallwert und/oder QZV-Fallwert eine Absenkung bzw. Anhebung von mehr als 0 v. H. bewirkt, wird der vom Schwellenwert „abweichende“ Betrag ausschließlich zulasten bzw. zugunsten der Regelleistungsvolumen der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte bereinigt. Dieses Verfahren findet für jeden Selektivvertrag einzeln Anwendung. Die Regelungen über das Antragsverfahren nach diesem VM in Anlage A § 8 bleiben hiervon unberührt.
- (2) Hat für einen Selektivvertrag im Vorjahresquartal eine Bereinigung stattgefunden, wird bei der Ermittlung der RLV der im Vorjahresquartal bereinigte Betrag vom arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen abgezogen.
- (3) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten nach Maßgabe des jeweiligen Bereinigungsvertrages vorgenommen. In diesem Fall wird das RLV und/oder QZV und/oder die Kapazitätsgrenze der Praxis entsprechend der von den in der Praxis tätigen Ärzten tatsächlich eingeschriebenen Zahl der Inanspruchnehmer des Selektivvertrages nachträglich von Amts wegen vermindert.

§ 6 Datenlieferung

- (1) Die Bereinigung nach dieser Anlage wird aufgrund von wirksam erfolgten Datenlieferungen für die Bereinigungen der Behandlungsbedarfe (MGV-Bereinigung) durchgeführt.
- (2) Hinsichtlich des I. Quartals 2011 finden hierbei die 218. Beschlüsse Anwendung. Sofern nach den für die Datenlieferung für das I. Quartal 2011 geltenden Beschlüssen Datenlieferungen erfolgt sind, wird die Bereinigung aufgrund dieser Daten vorgenommen. Ab dem II. Quartal 2011 ist der 246. Beschluss anzuwenden.

**Protokollnotiz
zur Anlage B
zum
2. Nachtrag des Verteilungsmaßstabes
vom 23.04.2010**

Wenn der KV Hamburg Einzelheiten zum investiven Aufwand bekannt sind, treten die Vertragspartner in Verhandlungen zur Erstattung des Aufwandes bei der Bereinigung ein.

Anlage C zum VM

Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund des GKV-FinG für das Jahr 2011

Aufgrund der Neuregelungen des § 87 d Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG werden die folgenden Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen mit Wirkung für das Jahr 2011 getroffen, die außerhalb der MGV vergütet werden:

Für die folgenden Leistungsbereiche nach der Honorarvereinbarung 2011

1. Ziffer 4.1 „Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)“,
2. Ziffer 4.2 „Leistungen des Kapitels 31“ sowie
3. Ziffer 4.2. „die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520“,
4. Ziffer 4.7 „Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 (GOP 25210 bis 25342)“,
5. Ziffer 4.8 „Phototherapeutische Keratektomien nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680“,
6. Ziffer 4.9 „Leistungen der künstlichen Befruchtung nach den GOP: 01510 X, 01511 X, 01512 X, 02100 X, 02341 X, 05310 X, 05330 X, 05340 X, 05341 X, 05350 X, 08510 X, 08530 X, 08531 X, 08540 X bis 08542 X, 08550 X bis 08552 X, 08560 X, 08561 X, 08570 X bis 08574 X, 11311 X, 11312 X, 11320 X bis 11322 X, 31272 X, 31503 X, 31600 X, 31608 X, 31609 X, 31822 X, 33043 X, 33044 X, 33090 X, 36272 X, 36503 X, 36822 X sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den GOP 32354 X, 32356 X, 32357 X, 32575 X, 32576 X, 32660 X, 32781 X, 32614 X, 32618 X“
7. Ziffer 4.10 „Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den GOP 01950 bis 01952“,
8. Ziffer 4.12 „Leistungen der Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1. gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V
9. Ziffer 6. „Wegepauschalen nach Ziffer 6 “

werden für das Jahr 2011 jeweils Ausgabenobergrenzen ermittelt.

Hierzu wird kassenspezifisch je Leistungsbereich die Summe der jeweils in den Quartalen I bis IV /2010 abgerechneten und von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 SGB V für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate (0,9 v.H.) ermittelt.

Diese Zahl wird durch die für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung maßgebliche Versichertenzahl des jeweiligen Quartals des Jahres 2010 dividiert.

Der so ermittelte Betrag wird jeweils mit der aktuellen Versichertenzahl des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 multipliziert und bildet so die jeweilige Ausgabenobergrenze.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Honorarvereinbarung des Jahres 2011. Werden die Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungsbereiche in einem Quartal überschritten, wird die Vergütung der Leistungen quotiert. Werden die Ausgabenobergrenzen für die oben genannten Leistungen unterschritten, erfolgt eine Vergütung maximal zu den in der Honorarvereinbarung vereinbarten Sätzen.