

Newsticker

Direktverträge zwischen der PKV und Ärzten

Reinhold Schulte, Vorstandsvorsitzender der Signal Iduna Gruppe und Vorsitzender des PKV-Verbands erklärte, dass auch die privaten Krankenversicherer sich Gedanken über die steigenden Leistungsausgaben machen. Er erneuerte die Forderung, dass die Privatversicherer endlich die Möglichkeit zu Direktverträgen mit Ärzten und Zahnärzten bekommen sollen. Schulte begründete diese Forderung mit dem Hinweis, dass die Sinnhaftigkeit solcher Verträge bereits im Krankenhausbereich gezeigt worden ist. Die Branche hatte sich schon vor längerem mit den Kliniken über Regeln zu den Preisen für die Unterbringung von Privatpatienten verständigt.

© Ärzte Zeitung, 19.06.2009

IV und MVZ: von der Idee zur Umsetzung Praxisseminar für regionale Versorger

Gemeinsam mit dem BMVZ führen wir ein Seminar durch, das am Vormittag die grundlegenden Fragen zur integrierten Versorgung und des Medizinischen Versorgungszentrums beantwortet. Am Nachmittag werden dann in Workshops von den Teilnehmern praktische Fälle bearbeitet und Lösungsvorschläge entwickelt.

Mittwoch, 15. Juli 2009, 09:00 - 16:45 Uhr
Villa Marienburg, Parkstraße 55, 50968 Köln

Neuaustrichtung der Kassen im Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds führt bei den Krankenkassen zu einer Neuaustrichtung ihres Versichertenmanagements. Zu diesem Schluss kommt der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Eberhard Wille, gut sechs Monate nach Einführung des Fonds.

Statt wie früher um junge, gesunde und finanzstarke Versicherte zu buhlen, stünden heute gut gemanagte kranke Patienten im Fokus der Kassen, sagte der Gesundheitsweise in Berlin. Grund sei der gleichzeitig mit dem Fonds eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MRSA), der für 80 Diagnosen zusätzliche Zuweisungen vorsieht. "Das wäre noch vor Einführung der neuen Regelungen nicht vorstellbar gewesen", sagte Wille. Gut verdienende Mitglieder seien unter den neuen Bedingungen hingegen nur noch "mittelbar interessant", weil sie vergleichsweise gesund seien.

Für diese Versicherten erhalten die Kassen aus dem Fonds lediglich Grundpauschalen.

Zweifel sind Wille zufolge derweil an der Innovationskraft von IV-Verträgen angebracht: Von den über 6000 Integrationsverträgen sind laut einer Erhebung des Sachverständigenrates nur 55 populationsbezogen und weniger als zehn sektorübergreifend, erläuterte Wille vorab ein Ergebnis des nächsten Gutachtens der Sachverständigen. Dieses soll Ende des Monats vorgestellt werden.

© Ärzte Zeitung, 17.06.2009

Integriertes Versorgungsmodell in Brandenburg

Das Klinikum Niederlausitz beteiligt sich am integrierten Vollversorgungsmodell ProMedPlus von AOK und Barmer in Brandenburg mit dem Ärztenetz Südbrandenburg.

Ambulante Behandlungspfade hatten die am Netz beteiligten Ärzte bereits für Patienten mit Diabetes, KHK und rheumatoider Arthritis entwickelt. Mehr als 50 Ärzte und rund 6000 Versicherte der beiden Krankenkassen nehmen derzeit teil. Jetzt sollen zusätzlich sektorübergreifende Behandlungspfade für Schlaganfallpatienten und für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom sowie Pfade für Kopf- und Rückenschmerzpatienten und für Allergiker eingerichtet werden.

ProMedPlus soll langfristig als regionales Vollversorgungsmodell mit Budgetverantwortung laufen. Bislang erfolgt die Abrechnung über Einschreibebetreuungs- und einzelne Leistungspauschalen.

Die AOK Brandenburg spricht von einem "erfolgreichen Versorgungsmodell", die Barmer sieht darin eine große Chance, "die medizinische Versorgung auf längere Sicht auch in strukturschwächeren Regionen zu sichern".

© Ärzte Zeitung, 16.06.2009

Vertrag für optimierte Diabetes-Versorgung

Der Deutsche Apothekerverband (DAV) und die Barmer Ersatzkasse haben den bundesweit ersten Vertrag zur Betreuung von Menschen mit Typ-2-Diabetes unterzeichnet. Barmer-Versicherte können ab sofort in Vertragsapotheken einen "Qualitätscheck Blutzuckermessung" in Anspruch

nehmen.

Dabei berät der Apotheker den Patienten, führt mit ihm die Messung des Blutzuckers durch und dokumentiert die Ergebnisse. "Dieses Projekt ist richtungsweisend und wird zu einer optimalen Behandlung der Patienten beitragen", betonte DAV-Vorsitzender Fritz Becker.

© Ärzte Zeitung, 08.06.2009

Professionelles Entlassungsmanagement spart Kosten

Die ärztliche Behandlung ist zwar in der Regel mit der Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen. Nicht jedoch die Heilung. Viele Patienten bedürfen deshalb im Übergang in die häusliche Umgebung medizinische und soziale Unterstützung.

Angesichts der zusätzlich in den letzten Jahren auch in Deutschland spürbar verkürzten Liegezeiten im Krankenhaus entscheidet eine gute Vorbereitung eines möglichst nahtlosen poststationären Behandlungs- und Unterstützungsprozesses wesentlich über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung mit. Ganz entscheidend ist hier die Weitergabe von Informationen aus dem Krankenhaus zum Vertragsarzt bzw. Pflegedienst.

Eine Untersuchung über die Effizienz des Entlassungsmanagements wurde im Boston Medical Center durchgeführt. 749 PatientInnen wurden zufällig in eine Gruppe mit einem Standard-Entlassungsmanagement und eine Gruppe mit einem aufwändigen und neu konzipierten Entlassungsprogramm eingeteilt. Dieses Programm enthielt insbesondere umfassende Informationen für die ambulanten Behandler und das Modul, nach dem das Krankenhaus nachfragte, ob die Medikation alltagstauglich sei.

Die Ergebnisse zeigten u.a., dass die PatientInnen der Interventionsgruppe eine um ein Drittel geringere Häufigkeit von erneuten Krankenhausaufenthalten hatten. Wiedereinweisungen gab es bei 76 gegenüber 55 PatientInnen der Standardgruppe. Die Behandlungskosten waren in der Interventionsgruppe ebenfalls rund ein Drittel niedriger als in der Kontrollgruppe. Pro Kopf der Angehörigen der Interventionsgruppe waren dies 412 US-\$.
© Bernard Braun, 3.2.09, auf www.forum-gesundheitspolitik.de

Ausgabe 6

28. Juni 2009

DGIV akut

Gesundheitspolitik in Europa

Artikel 152 des EG-Vertrags verpflichtet die EU lediglich dazu, ein hohes Gesundheitsschutzniveau bei allen politischen Entscheidungen auf europäischer Ebene sicherzustellen. Weitergehende Aufgaben werden der EU in der Gesundheitspolitik nicht zugewiesen. Dennoch unterliegt die deutsche Gesundheitspolitik zunehmendem Einfluss der Europäischen Union.

So führen die weitergehende Liberalisierung des Binnenmarktes und die Freizügigkeit für Arbeitnehmer zu Fragen der einheitlichen Zulassungsverfahren für Medikamente, einheitliche Prüfungsverfahren für medizinische Berufe oder auch der medizinischen Versorgung von Bürgern aus dem übrigen EU-Gebiet. Hier haben die europäischen Behörden wie auch der EuGH zwischenzeitlich Richtlinien und Urteile erlassen, die Maßstäbe für nationales Handeln sind.

Auch auf den Krankenhausesektor

wirken sich auf europäischer Ebene getroffene Entscheidungen unmittelbar aus. 2004 hatte der EuGH klargestellt, dass vor dem Hintergrund der geltenden EU-Arbeitszeitrichtlinie die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit bei 48 Stunden liegt und der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit gewertet werden muss.

Anknüpfungspunkt europäischer Entscheidungen ist regelmäßig der Wettbewerb, über den sich die europäischen Verhältnisse angleichen sollen. Insbesondere bei den osteuropäischen Mitgliedsländern besteht ein noch ganz erheblicher Entwicklungsbedarf. Die Gesundheitssysteme z.B. in Rumänien und Bulgarien sind mit westeuropäischen Maßstäben nur bedingt zu erfassen. Nationale staatliche Rahmenbedingungen sollen für die Bürger und Unternehmen in einer Art nationalem Wettbewerb stehen, so dass sich die Bürger und Unternehmen das Mitgliedsland aussuchen können, in dem sie

die besten Bedingungen finden. Zugleich sollen durch grundlegende legislative Vorgaben der EU-Kommission bzw. der Europaparlaments die Rahmenbedingungen für diesen Wettbewerb vereinheitlicht und vorgegeben werden.

Für den Patienten heißt das, dass er am Ort der Behandlung auch diese bezahlen soll. Lässt sich ein Deutscher ambulant in Polen behandeln, so soll er dort nach den dortigen gesetzlichen Vorgaben diese Behandlung bezahlen. Daraus folgt, dass die deutsche Sozialversicherung die Behandlung in Polen zu bezahlen hat. Die Europäische Kommission erwartet insbesondere für den Gesundheitsbereich durch den nationalen Wettbewerb eine transparente Marktentwicklung und Überwindung von - gerade im Gesundheitsbereich bestehenden - nationalen Vorbehalten. Allerdings nehmen die europäischen Entscheidungen auch Rücksicht auf die noch unterschiedlich ausgeprägten Sozialsysteme innerhalb Europas. So hat der EuGH entschieden, dass die Krankenhausbehandlung in einem anderen EU-Mitgliedsland von der Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse abhängig gemacht werden kann.

Es überrascht sicherlich nicht, dass von vielen Regierungen und Berufsverbänden Vorbehalte gegen die Europäisierung der Gesundheitspolitik geltend gemacht werden. Der Verlust von Einflussnahme auf die Versorgungsstrukturen weckt Ängste und lässt sich auch im Gegensatz zu vielen anderen Regelungsbereichen trefflich emotionalisieren. Allerdings bietet die Möglichkeit der Kompetenzverlagerung nach Brüssel auch die Möglichkeit für Entscheidungsträger, die Verantwortung für unpopuläre Entscheidungen eben dorthin abzuwälzen.

In dieser Ausgabe

Gesundheitspolitik in Europa	1
Gründung Landesverband West	1
Informationspflichten über Versorgungsverträge	2
MVZ-Survey 2008	2
Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten über die i.V.-Vergütung	3
Die Bereinigung der Gesamtvergütung	3
Newsticker	4

Gründung Landesverband West

Am 22. Juni 2009 wurde in Wiesbaden der Landesverband West der DGIV gegründet.

Die Aufgabe der Landesverbände ist die Umsetzung der Vereinsziele auf regionaler Ebene umzusetzen. Zugleich soll ein enger Kontakt zu den Leistungserbringern und den Krankenkassen in der Region gehalten werden. Durch den damit verbundenen Informationsfluss zwischen Bundes- und Landesebene soll insbesondere den jeweiligen regionalen Besonderheiten auf Bundesebene Rechnung getragen werden. Zugleich lassen sich aber auch durch die persönlichen Kontakte vor Ort die Anliegen des Bundesverbandes besser umsetzen und ein enges Netzwerk für die Beteiligten schaffen.

In der Gründungsversammlung waren Vertreter aus einer Vielzahl von Leistungserbringerbereichen und von Krankenkassen zugegen. Der regionale Verantwortungsbereich soll die Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Nordrhein-Westfalen umfassen.

Mitglieder des Vorstands des Landesverbands West sind Bernd Hamann (auch Mitglied des Bundesvorstands), Hans Joachim Schade, Andre Helten, Gustav Habenstein, Holger Strehlau-Schwoll und Ulrich Blondin. Der Sitz des Landesverbandes soll zunächst Wiesbaden sein.

Nähere Informationen über den Landesverband erhalten Sie über die Bundesgeschäftsstelle.

Informationspflichten über Versorgungsverträge

Der Krankenversicherungsträger ist berechtigt und verpflichtet, anderen Leistungserbringern den gesamten Inhalt eines geschlossenen Versorgungsvertrages zu offenbaren.

Aus den Gesetzesmaterialien ist ersichtlich, dass der Gesetzgeber mit der Schaffung des Beitrittsrechts zu Verhandlungsverträgen nach § 127 (2) SGB V die weitere Versorgungsberechtigung der Hilfsmittelerbringer sicherstellen wollte, die bisher noch keine Verträge mit den Krankenkassen abschließen konnten. Weiter soll verhindert werden, dass Leistungserbringer willkürlich von ausgehandelten Verträgen ausgeschlossen werden. Das Beitrittsrecht soll für alle Leistungserbringer, die bereit und in der Lage sind, sich zu den gleichen Bedingungen an der Versorgung zu beteiligen, gelten und ist nicht auf bestimmte Verträge beschränkt.

Hintergrund dieser Regelung ist der vom Gesetzgeber verfolgte Systemwechsel zu einem reinen Vertragsmodell unter Wegfall der Zulassungsregelung des § 126 SGB V a.F. Nach der Neufassung der §§ 126 und 127 SGB V durch das GKV Wettbewerbs-

stärkungsgesetz vom 26. März 2007 hat der Gesetzgeber offensichtlich Handlungsbedarf für die Hilfsmittelerbringer gesehen, die bislang keinen Versorgungsvertrag abschließen konnten.

Aus der Gesetzesbegründung ist weiterhin ersichtlich, dass ein willkürlicher Ausschluss von bislang nicht am Versorgungssystem beteiligter Leistungserbringer durch die Krankenkassen verhindert werden sollte. Damit soll ein ungehinderter Zugang aller Hilfsmittelerbringer zu der Versorgung erreicht werden, wenn diese die qualitativen Voraussetzungen erfüllen und in der Lage sind, die Versorgung zu den ausgehandelten Bedingungen zu übernehmen.

Es geht demnach gerade um einen ungehinderten Zugang aller potentieller Unternehmen zu dem neu entwickelten und wettbewerbsorientierten reinen Vertragsmodell. Der Gesetzgeber will mit dem Beitrittsrecht dafür sorgen, dass Mitbewerber aufgrund bereits geschlossener Verträge nicht benachteiligt und vom Versorgungssystem ausgeschlossen werden. Ein derartiger Ausschluss würde für die betroffenen Unternehmen unter Umständen einen Eingriff in die durch Art. 12

Abs. 1 Grundgesetz geschützte Berufswahl bedeuten.

Es ist grundsätzlich ein legitimes und am Gemeinwohl orientiertes Ziel, wenn der Gesetzgeber Unternehmen nicht willkürlich vom Markt der Hilfsmittelerbringung ausschließen möchte - auch wenn ein solcher Ausschluss wiederum aus Versorgungsgesichtspunkten gerechtfertigt werden könnte.

Es ist allerdings für die vom Gesetzgeber verfolgte Kostensparnis durch geschicktes Verhandeln der Krankenkassen und ihrer Verträge kontraproduktiv, wenn ein Vertragsbeitritt zu den gleichen Konditionen möglich ist. Niedrigere Preise für die einzelnen Hilfsmittel werden sich so nicht erzielen lassen. Insofern korrigiert der Gesetzgeber den ursprünglich beabsichtigten Systemwechsel wieder. Es ist jedoch nicht Aufgabe der Gerichte, die sozialpolitische Sinnhaftigkeit des gesetzgeberischen Handelns zu untersuchen, solange es sich im Rahmen der Rechtsordnung und der Verfassung bewegt.

Sozialgericht Hamburg vom 26.02.2009, Az. S 34 KR 164/09 ER.

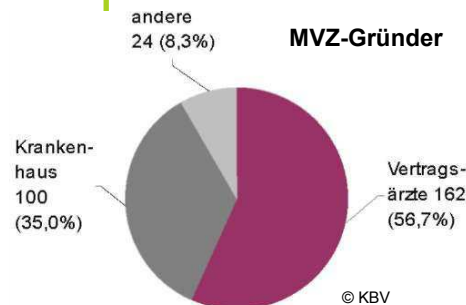
MVZ-Survey 2008

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat erneut eine Bestandsaufnahme zu den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren heraus gebracht.

Im Rahmen einer Befragung im Sommer 2008 haben 286 der zugelassenen 1088 MVZs die vorgelegten Fragen beantwortet.

Pro Quartal werden ca. 70 MVZs gegründet. Gründer sind in der Regel Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die überwiegende Rechtsform der MVZs ist die GmbH.

Die betriebswirtschaftliche Leitung



der durch Vertragsärzte gegründeten MVZs liegt überwiegend beim ärztlichen Leiter. Die durch die Krankenhäuser gegründeten MVZs haben zumeist entweder einen kaufmännischen Leiter oder eine externe betriebswirtschaftliche Leitung, z.B. über Managementgesellschaften.

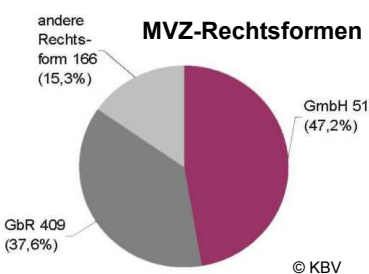
Die mit dem VÄndG verbundenen berufsrechtlichen Möglichkeiten werden auch von den MVZs genutzt. So sind in mehr als 40% der MVZs die dort tätigen Ärzte zugleich auch im Krankenhaus angestellt.

Die Zahl der im MVZ tätigen Ärzte ist sehr unterschiedlich. Kleinere MVZs mit bis zu 3 Ärzten repräsentieren mehr als die Hälfte aller MVZs:

2 Ärzte	299 MVZ
3 Ärzte	300 MVZ
4 Ärzte	196 MVZ
5 Ärzte	129 MVZ
6 Ärzte	67 MVZ
7 und mehr Ärzte	167 MVZ

Die Kooperationsbereitschaft steigt auf geringem Niveau. Die

häufigsten Kooperationspartner sind Krankenhäuser und andere Vertragsärzte. Etwa 36% der MVZs kooperieren mit Apotheken



und ca. 25% mit Physiotherapeuten. Nur ca. 20% der MVZs kooperieren mit Pflegediensten.

Etwa zwei Drittel der MVZs haben sich auf kein bestimmtes Krankheitsbild spezialisiert. So sind auch die Hausärzte und Internisten die größten ärztlichen Berufsgruppen im MVZ.

Neben der klassischen Vergütung nach dem EBM werden zunehmend Honorare über integrierte Versorgungsverträge realisiert

Sozialgerichte entscheiden über die i.V.-Vergütung

Streitige Vergütungsvereinbarungen bei Verträgen zur integrierten Versorgung begründen Zuständigkeit der Sozialgerichte (BGH vom 08.12.2008, I ZB 31/08)

Für Streitigkeiten über die Vereinbarkeit einer zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarten Vergütung mit berufsrechtlichen Vorschriften der Ärzte ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Die Vergütungsregelung dient unmittelbar der Erfüllung der den Krankenkassen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs obliegenden öffentlich-rechtlichen Aufgaben.

Für die Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten komme es darauf an, ob die besonderen Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung streitentscheidend sein könnten, weil in diesem Bereich die besondere Sachkompetenz der Sozialgerichte zum Tragen komme. Dagegen sei es nicht entscheidend, ob die Anspruchsgrundlagen für den Verbotsanspruch selbst im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs angesiedelt seien. Angegriffen werde eine Regelung in einem Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V. Derartige

Verträge sollten eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Sie dienten unmittelbar der Erfüllung der den Krankenkassen obliegenden Aufgaben. Die vereinbarte Vergütungspauschale zielt auf eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten ab und stehe in engem Zusammenhang mit dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen.

Nach § 51 (1) Nr. 2, (2) S. 1 SGG entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Für die Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten ist deshalb entscheidend, ob es sich um eine Streitigkeit in einer Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Nicht von Bedeutung ist nach der Bestimmung des § 51 SGG, ob die Streitigkeit öffentlichrechtlicher oder privatrechtlicher Natur ist.

Die Krankenkassen stellen den Versicherten die in den §§ 11 bis 68 SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Nach näherer Maßgabe des § 140a SGB V können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren über-

greifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinärfachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Die Vertragspartner der Krankenkassen müssen die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach der Regelung des § 140b Abs. 3 Satz 2 SGB V gewährleisten.

Die Verträge zur integrierten Versorgung legen gemäß § 140c Abs. 1 Satz 1 SGB V die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen zu vergüten, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Leistungsauftrags in Anspruch genommen werden (§ 140c Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die Frage, welche Vergütung für welche Leistungen einem Arzt insoweit gewährt wird, ist typischerweise Gegenstand der Regelung der integrierten Versorgung. Der Abschluss des Vertrags und die Vergütungsregelung dienen mithin unmittelbar der Erfüllung der den Krankenkassen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs obliegenden öffentlich-rechtlichen Aufgaben. Die Streitigkeit betrifft daher eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung i.S. von § 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 1 SGG.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung

Die Bestimmungen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung sowie die integrierte Versorgung verpflichten die Vertragspartner die Gesamtvergütung um das vereinbarte und in Anspruch genommene Honorarvolumen zu bereinigen.

Die Gesamtvergütung ist um den Betrag zu bereinigen, den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrages, bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der Regelversorgung gekostet hätte. Die Krankenkasse hat also auszurechnen, welchen Aufwand sie alternativ an die KV zu bezahlen gehabt hätte, wenn die vereinbarten Regelleistungen ohne die vertragliche Grundlage erbracht worden wären.

Zu bereinigen ist die Gesamtvergütung nur um solche Leistungs-

bereiche, die aus der ärztlichen Regelversorgung in die selektivvertraglich organisierte ärztliche Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Verminderung der Gesamtvergütung sowie bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind.

Soweit in der selektivvertraglichen Versorgung weitergehende Leistungen vereinbart sind, können diese nicht Gegenstand einer Vergütungsvereinbarung sein. Finanzierbar sind also weitergehende, über die Regelversorgung hinaus gehende Leistungen nur dann, wenn sie über die gegenüber der Regelversorgung eingesparten Kosten finanziert werden. Können also m.a.W. die Regelversorgungsleistungen im Rahmen der selektivvertraglichen

Versorgung um 20 € preiswerter angeboten werden, so steht dieses eingesparte Honorarvolumen zur Bezahlung weitergehender, über die Regelversorgung hinaus gehenden Leistungen zur Verfügung.

Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen mit dem jeweils maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Zur Erfüllung dieser Bereinigung haben die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten zu übermitteln.