

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013

Teil A

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 29. August 2013

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

2. Kassenspezifische Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V

Zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V führt der Bewertungsausschuss seine Vorgaben für das Jahr 2013 leicht angepasst auch für das Jahr 2014 fort. Hierzu gehören Vorgaben zur Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs, Vorgaben zur kassenspezifischen Aufteilung des Behandlungsbedarfs und zur Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte unter Berücksichtigung von Versichertenzahländerungen und durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten.

Durch die gesetzliche Vorgabe in § 87a Abs. 4 SGB V ist der historische bereinigte Behandlungsbedarf einer Kassenärztlichen Vereinigung Basis für die Bestimmung des aktuellen Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse. Zur Aufteilung wird je Krankenkasse der jeweilige Anteil an der historischen Leistungsbedarfsmenge herangezogen. Diese Leistungsbedarfsmenge wird, anders als nach den Vorgaben für das Jahr 2013, nunmehr in Punkten gemessen, wobei in Euro bewertete Leistungen mit dem regionalen Punktwert in Punkte umgerechnet werden. Hierdurch bleibt die Anteilsbestimmung von etwaigen in der Eurobewertung gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung enthaltenen, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Punktwertzuschlägen unbeeinflusst.

Aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit der für die Berechnung notwendigen Daten und der Notwendigkeit, dass die historischen Behandlungsbedarfs- und Leistungsbedarfsdaten demselben Zeitraum zu entnehmen sind, erfolgt die Berechnung jeweils auf Basis von Vorjahresquartalswerten im Rahmen der Quartalsabrechnung. Die dazu notwendigen Datengrundlagen sind benannt und ein Verfahren im Falle der Nichtübereinstimmung der von Krankenkassen einerseits und von Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits gelieferten Daten ist beschrieben. Die zur Berechnung notwendigen Daten sind abschließend spezifiziert. Gegenüber den Vorgaben für das Jahr 2013 neu hinzugekommen ist der explizite Verweis auf die Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen der verwendeten Daten, die durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 307. und 308. Sitzung spezifiziert wurden. Über die Berücksichtigung der sich aus den kassenseitigen Prüfanträgen nach § 106a Abs. 4 SGB V ergebenden Korrekturen verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, um die gesetzlich geforderte Berücksichtigung sachlich-rechnerisch korrigierter Leistungsmengen für die Behandlungsbedarfsaufteilung gewährleisten zu können.

Zur rechnerischen Berücksichtigung von Ein- und Ausdeckelungen von Leistungen in die bzw. aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird ein Verfahren vorgegeben, nach dem eine Korrektur der Behandlungsbedarfe entsprechend der Leistungsmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für die betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal erfolgt. Diese Leistungsmenge wird mit einer KV-spezifischen Abstufungsquote multipliziert, sofern es sich nicht um in Euro bewertete Leistungen handelt, die hauptsächlich betroffene Arztgruppe im Vorjahresquartal weniger als 3 Prozentpunkte abgestuft honoriert wurde oder der Verteilungsmaßstab bei auszudeckelnden Leistungen im Vorjahresquartal bereits eine unquotierte Honorierung, z. B. aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Vorgaben oder Vorgaben der Rechtsprechung vorsah.

Zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse für das aktuelle Quartal ist abschließend die Fortentwicklung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V für das aktuelle Quartal notwendig und für Versichertenzahldifferenzen muss zudem ein Ausgleich in Höhe des durchschnittlichen Bereinigungsbetrags je Versicherten vorgenommen werden, um z. B. Neuzugänge einer Krankenkasse nicht nur mit dem bereinigten Durchschnittsbehandlungsbedarf zu vergüten.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 29. August 2013 in Kraft.

Teil B

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 29. August 2013

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen.

2. Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V

Der Bewertungsausschuss führt mit dem vorliegenden Beschluss seine Vorgaben zur Bereinigung für das Jahr 2013 mit einigen kleineren verfahrenstechnischen Verbesserungen auch für das Jahr 2014 fort.

Nach einigen Begriffsdefinitionen hinsichtlich der vorzunehmenden Differenzbereinigung und der Benennung der gemäß SGB V vorgesehenen Fälle zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs werden die Normadressaten benannt. Anschließend werden die im Wesentlichen aus den Vorgaben für das Jahr 2013 übernommenen Verfahrensgrundsätze aufgeführt.

Erfolgt durch in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Zur Bereinigung von Versicherten mit Wohnsitz in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der jeweiligen Vertrags-KV wird den Vertragspartnern aus Vereinfachungsgründen empfohlen, zu prüfen, ob der durchschnittliche Bereinigungsbetrag der jeweiligen Neueinschreiber in der Vertrags-KV ohne Berücksichtigung der Altersdifferenzierung herangezogen und auf aufwändige Neuberechnungen verzichtet werden kann.

Die Vertragspartner können eine deklaratorische Bereinigung einvernehmlich vereinbaren. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. März 2014 das Nähere zur Umsetzung beschließen.

Durch den Aufsatz auf die gemäß Beschluss Teil A ermittelten bereinigten Behandlungsbedarfe müssen nur noch für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus Selektivverträgen, integrierter Versorgung und Modellversuchen sowie ggf. bei Änderungen des Versorgungsumfangs eines Selektivvertrags Korrekturen vorgenommen werden.

Wie bereits nach den Vorgaben für das Jahr 2013 erfolgt die Bereinigung für Neueinschreiber gemäß der gesetzlichen Vorgaben entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der Versicherten durch Heranziehung des dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechenden, historischen Leistungsbedarfs der betroffenen Versicherten. Dabei wird die Inanspruchnahme der Neueinschreiber im Vorjahresquartal bestimmt, die die Morbidität der Versicherten im Jahr 2014 sehr gut abbildet. Dadurch ist zudem gewährleistet, dass der Behandlungsbedarf exakt um die Anteile bereinigt wird, die bei der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs für diesen Versicherten eingeflossen sind.

Für Rückkehrer aus Selektivverträgen wird die jeweils aktualisierte individuelle Bereinigungsmenge der Teilnehmer am jeweiligen Selektivvertrag dem Behandlungsbedarf wieder zugesetzt. Dadurch ist gewährleistet, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend der Morbiditätsstruktur der ehemals selektivvertraglich versorgten Versicherten erhöht wird, wenn diese Versicherten wieder in die kollektivvertragliche Versorgung zurückkehren.

Ändert sich der Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrags, ist eine Differenzbereinigung (positiv oder negativ) für alle Bestandsteilnehmer hinsichtlich der Veränderung ihres selektivvertraglichen Versorgungsumfangs vorzunehmen. Dabei ist der historische Leistungsbedarf der Bestandsteilnehmer bezüglich der zusätzlich in den selektivvertraglichen Versorgungsumfang aufgenommenen Gebührenordnungspositionen entsprechend angepasst zusätzlich abzusetzen und die aus dem selektivvertraglichen Versorgungsumfang entfallenden Anteile der angepassten individuellen historischen Bereinigungsbeträge der betroffenen Versicherten wieder zuzusetzen. Es findet jedoch keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer aufgrund eventueller Ausdeckelungen zuvor intrabudgetärer, den Inhalten der selektivvertraglichen Versorgung entsprechenden Gebührenordnungspositionen in die extrabudgetäre Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung statt. Ebenfalls findet keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer statt, wenn die den Inhalten der selektivvertraglichen Versorgung entsprechenden Gebührenordnungspositionen aufgrund der Weiterentwicklung des EBM zerlegt oder zusammengefasst werden; der Bewertungsausschuss beschließt hierzu jeweils in Verbindung mit der jeweiligen Weiterentwicklung des EBM einen Katalog der in diesem Sinne vergleichbaren Gruppen von Gebührenordnungspositionen. In der Anlage 2 zum Beschluss Teil B wird der entsprechende Katalog aufgrund der mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2013 beschlossenen Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes benannt.

Die Vorgaben zur Bereinigung bei Verträgen mit situativer Teilnahme von Versicherten wurden aus dem Vorjahr unverändert fortgeführt.

Schließlich werden die der Bereinigung zugrundeliegenden Datenlieferungen beschrieben. Dabei werden Datenlieferungen auf Landesebene sowie bei nicht vertragsgemä-

ßer Inanspruchnahme des Kollektivvertrags geregelt. Für die erstgenannte Datenlieferung wird in der Anlage 1 zum Beschluss Teil B die notwendige Datenschnittstelle vorgegeben. Gegenüber den Vorgaben für das Jahr 2013 wurden dabei im Wesentlichen lediglich Erweiterungen zur besseren Zuordnungsfähigkeit früher gelieferter Bereinigungsdaten für Rückkehrer vorgenommen. Aufgrund der notwendigen Vorlaufzeiten zur technischen Umsetzung wurden diese Erweiterungen erst mit Wirkung ab der Datenlieferung für das Bereinigungsquartal 3/2014 vorgenommen.

Zu den entsprechenden Datenübermittlungen an das Institut des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3f SGB V wird der Bewertungsausschuss im ersten Quartal des Jahres 2014 gesondert beschließen.

3. Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V

In Abschnitt 4 wird für die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V angekündigt, dass der Bewertungsausschuss nach Vorliegen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 116b Abs. 4 SGB V sowie der weiteren Festlegungen gemäß § 116b Abs. 6 SGB V mit Wirkung für das Abrechnungsjahr 2014 einen Beschluss fassen wird.

4. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 29. August 2013 in Kraft.