

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014**

#### **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 ab dem Jahr 2015 mit Wirkung zum 20. August 2014**

---

#### **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 mit Wirkung ab dem Jahr 2015.

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

Der Bewertungsausschuss führt seine bisherigen Vorgaben zur Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs, zur kassenspezifischen Aufteilung des Behandlungsbedarfs und zur Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte unter Berücksichtigung von Versichertenzahländerungen und durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten mit punktuellen Anpassungen an aktuelle Rahmenbedingungen ab dem Jahr 2015 fort. Der vorliegende Beschluss wird – im Unterschied zu den entsprechenden Vorjahresbeschlüssen – unbefristet mit Wirkung ab dem Jahr 2015 gefasst.

Folgende Vorgaben werden mit Wirkung ab dem Jahr 2015 konkretisiert bzw. neu geregelt.

Durch die gesetzliche Vorgabe in § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ist der für das Vorjahr vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf einer Kassenärztlichen Vereinigung Basis für die Bestimmung des aktuellen Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse. Vor dem Hintergrund, dass von den Gesamtvertragspartnern auch nicht basiswirksame Anpassungen des Behandlungsbedarfs vereinbart werden können – etwa zur Bildung von Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V – wird im vorliegenden Beschluss eine Klarstellung dahingehend getroffen, wonach Ausgangspunkt der Berechnung kassenspezifischer Behandlungsbedarfe der insgesamt für die jeweilige Kassenärztliche Ver-

einigung für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf ist.

Soweit im Beschluss auf die zur Berechnung notwendigen Datengrundlagen Bezug genommen wird, erfolgt gegenüber den Vorgaben für das Jahr 2014 ein zusätzlicher Verweis auf entsprechende Folgebeschlüsse zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V. Vor dem Hintergrund der im vorliegenden Beschluss getroffenen Klarstellung zur Heranziehung des basiswirksam vereinbarten Behandlungsbedarfs wird der Bewertungsausschuss zu prüfen haben, inwieweit bisherige Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V sowie § 87a Abs. 6 SGB V – insbesondere Datenlieferungen der kassenseitigen Rechnungslegung (KASSRG87aMGV-Daten) – zur differenzierten Abbildung basiswirksamer und nicht basiswirksamer Anteile des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs angepasst werden müssen.

Aufgrund der mit Wirkung ab dem zweiten Quartal 2014 beschlossenen indikations-spezifischen Konkretisierungen zur Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, werden in den vorliegenden Beschluss Regelungen zum Abzug von Bereinigungsmengen für Leistungen, die Bestandteil der ASV sind, vom Behandlungsbedarf neu aufgenommen. Das konkrete Verfahren zur Ermittlung der ASV-Bereinigungsmengen wird Gegenstand eines bis zum 30. September 2014 zu fassenden, separaten Beschlusses des Bewertungsausschusses sein. Im vorliegenden Beschluss wird das Verfahren zur Berücksichtigung dieser ASV-Bereinigungsmengen bei der Feststellung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse geregelt. Grundsätzlich erfolgt der basiswirksame Abzug der für den jeweiligen KV-Bezirk ermittelten ASV-Differenzbereinigungsmenge vom basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal – ggf. nach rechnerischer Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen Abrechnungs- und Vorjahresquartal – auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Aufteilung der KV-spezifischen ASV-Bereinigungsmenge auf die Krankenkassen erfolgt implizit bei der Ermittlung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf.

Das Verfahren des Abzugs der für den jeweiligen KV-Bezirk ermittelten ASV-Differenzbereinigungsmenge vom basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal sieht gemäß vorliegendem Beschluss keine Rückrechnung um Anpassungsfaktoren für das jeweilige Abrechnungsquartal gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V sowie um weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen vor, d. h. die Höhe des Abzugsbetrages bewegt sich auf dem Gesamtvergütungsniveau des jeweiligen Vorjahresquartals. Vor dem Hintergrund dieser Festlegung, die im Vorgriff auf die für das aktuelle Abrechnungsquartal erst noch zu beschließenden Vorgaben zur Ermittlung der ASV-Bereinigungsmengen getroffen wurde, hat der Bewertungsausschuss zu beachten, dass die ASV-Bereinigungsmengen ebenfalls auf dem Niveau des jeweiligen Vorjahresquartals ermittelt werden, damit die Konsistenz zwischen dem vorliegenden Beschluss und den noch zu fassenden ASV-Bereinigungsbeschlüssen gewahrt bleibt.

In Bezug auf die ASV-Bereinigung des zweiten bis vierten Quartals 2014 hat der Bewertungsausschuss in seiner 328. Sitzung am 25. Juni 2014 die Festlegung getroffen, dass diese erst mit Wirkung zum jeweiligen Folgejahresquartal 2015 vorgenommen wird. In Verbindung mit dem vorliegenden Beschluss impliziert diese Festlegung, dass auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung die basiswirksame ASV-Bereinigung für das zweite bis vierte Quartal 2014 zusammen mit der zeitgleich stattfindenden basiswirksamen ASV-Bereinigung für das zweite bis vierte Quartal 2015 erfolgt, d. h. die basiswirksamen ASV-Differenzbereinigungsmengen des Jahres 2015 sind kumulierte Mengen, in denen die erstmaligen ASV-Bereinigungsmengen des Jahres 2014 enthalten sind.

Zur Berücksichtigung der darüber hinaus erforderlichen, nicht zusätzlich basiswirksamen ASV-Bereinigung aus dem zweiten bis vierten Quartal 2014 enthält der vorliegende Beschluss eine Sonderregelung. Diese sieht die Ermittlung eines KV-spezifischen Prozentsatzes vor, welcher der Ermittlung der einmalig zurückbehaltenen, erstmaligen ASV-Bereinigungsbeträge aus dem zweiten bis vierten Quartal 2014 dient. Rechnerisch entspricht dieser Prozentsatz dem Anteil der für den jeweiligen KV-Bezirk insgesamt ermittelten erstmaligen ASV-Bereinigungsmenge an dem für diesen KV-Bezirk basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im entsprechenden Quartal 2014, welcher um eine gegebenenfalls geänderte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vergleich zum entsprechenden Quartal 2015 angepasst und basiswirksam um die für den jeweiligen KV-Bezirk ermittelten ASV-Differenzbereinigungsmengen für die entsprechenden Quartale 2014 und 2015 bereinigt wurde. Zur kassenspezifischen Aufteilung der erstmaligen ASV-Bereinigungsmenge wird dieser Prozentsatz mit den kassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs im jeweiligen Abrechnungsquartal 2015 multipliziert. Die Multiplikation des KV-spezifischen Prozentsatzes mit den kassenspezifischen Aufsatzwerten erfolgt rechnerisch vor der Fortentwicklung der kassenspezifischen Aufsatzwerte um die gesetzlich vorgesehenen und regional ggf. zusätzlich vereinbarten Anpassungsfaktoren des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015. Der resultierende Abzugsbetrag ist selbst nicht nochmals basiswirksam. Er dient vielmehr dem einmaligen liquiditätswirksamen Abzug der erstmaligen ASV-Bereinigungsmengen aus dem zweiten bis vierten Quartal 2014 mit Wirkung zum jeweiligen Folgejahresquartal, so dass lediglich der damit verbundene Geldfluss nachgeholt wird.

Zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse für das aktuelle Quartal ist außerdem die Fortentwicklung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V für das aktuelle Quartal notwendig. Die entsprechenden Vorgaben werden im vorliegenden Beschluss insofern konkretisiert, als hierbei neben den gesetzlich vorgesehenen Anpassungsfaktoren gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V auch weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass die anschließende Differenzbereinigung gemäß Beschluss Teil B basiswirksam erfolgt.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 20. August 2014 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 2015 mit Wirkung zum 20. August 2014**

---

#### **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 – mit Ausnahme des separat bis zum 30. September 2014 zu beschließenden ASV-Bereinigungsverfahrens – mit Wirkung für das Jahr 2015.

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

Der Bewertungsausschuss führt mit dem vorliegenden Beschluss seine für das Jahr 2014 getroffenen grundsätzlichen Vorgaben zur Bereinigung mit punktuellen Anpassungen auch mit Wirkung für das Jahr 2015 fort. Im Unterschied zu Beschluss Teil A wird Beschluss Teil B befristet mit Wirkung für das Jahr 2015 gefasst, da der Bewertungsausschuss mit Wirkung ab dem Jahr 2016 gegebenenfalls Vereinfachungen des Bereinigungsverfahrens anstrebt.

Folgende Vorgaben werden mit Wirkung für das Jahr 2015 konkretisiert bzw. neu geregelt.

Die Verfahrensgrundsätze zur Bereinigung werden dahingehend angepasst, als der bereinigte Behandlungsbedarf einer Krankenkasse für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk aufgrund der Bereinigung nicht negativ werden kann, sondern in diesem Fall die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf null gesetzt wird. Das Phänomen eines negativen kassenspezifischen Behandlungsbedarfs trat bislang mitunter bei sehr kleinen Versichertenkollektiven einer Krankenkasse in einem KV-Bezirk auf und wird durch die Neuregelung unterbunden.

Hinsichtlich der Vergütung der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt die Klarstellung, dass diese sich ausschließlich auf bereinigt teilnehmende Versicherte – auch solche mit einem rechnerischen Bereinigungsbetrag von null – beziehen kann.

Den Partnern der Gesamtverträge wird mit dem vorliegenden Beschluss – analog zu den entsprechenden Vorjahresvorgaben – die Möglichkeit des deklaratorischen Bereinigungsverfahrens mit Wirkung für das Jahr 2015 eingeräumt. Das Institut des Bewertungsausschusses hatte in seinem Prüfbericht zu den möglichen Auswirkungen einer deklaratorischen Bereinigung auf den Kollektivvertrag vom 24. Januar 2014 festge-

stellt, dass dieses Verfahren vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Umstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystems ab dem Jahr 2013 nicht mehr hinreichend definiert ist und sich – anders als in den Vorjahren – nicht mehr isoliert auf die Höhe des vereinbarten Behandlungsbedarfs der einzelnen Krankenkasse mit deklaratorischem Bereinigungsvertrag auswirkt, sondern zugleich die Aufsatz- und Anteilswerte aller anderen Krankenkassen in einer Kassenärztlichen Vereinigung mit beeinflusst. Der Bewertungsausschuss nimmt den Prüfbericht des Instituts zum Anlass, bis zum 30. April 2015 das Nähere zur Umsetzung der deklaratorischen Bereinigung sowie zu deren Berücksichtigung bei der Bestimmung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zu beschließen.

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist – wie auch in dem entsprechenden Vorjahresbeschluss – die termingerechte Bereitstellung der Bereinigungsdaten durch die den Selektivvertrag abschließenden Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die in den vorliegenden Beschluss aufgenommene Einschränkung, Bereinigungsdaten dem zuständigen kassenseitigen Gesamtvertragspartner, welcher zugleich selbst eine Krankenkasse ist, nur dann bereitzustellen, wenn die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse dies für notwendig erachtet, trägt der in diesem Fall vorliegenden Konkurrenzsituation Rechnung.

Zudem kann im Einvernehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung von einer kassenseitigen Übermittlung von versichertenbezogenen Bereinigungsdaten in der Satzart L07, von vertrags- und versichertenbezogenen historischen Leistungsbedarfsdaten in der Satzart L09 sowie von Daten der Versichertenhistorie in der Satzart L10 abgesehen werden, falls es in einem Quartal weder Neueinschreiber noch Rückkehrer noch Bestandsversicherte mit einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs gibt. Die Neuregelung dient der Verfahrensvereinfachung, da bislang die genannten Satzarten in der beschriebenen Fallkonstellation zumindest leer übermittelt werden mussten, um etwaige Interpretationsspielräume hinsichtlich der Vollständigkeit der kassenseitigen Datenlieferungen in dem beschriebenen Zusammenhang auszuschließen.

Für den Fall der Bereinigung bei Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten dient die Satzart L09 (vertrags- und versichertenbezogene historische Leistungsbedarfsdaten) als „Hülle“ mit angepasstem Inhalt. Abweichend von der Datensatzbeschreibung der Satzart L09 werden bei situativer Einschreibung/Teilnahme Daten zu sämtlichen Versicherten übermittelt, welche bei der Ermittlung der im Vorjahresquartal angefallenen Leistungsmengen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs in einem KV-Bezirk berücksichtigt worden sind.

Hinsichtlich des Bereinigungsziffernkranzes wird klargestellt, dass dieser neben den Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auch zu Zwecken der abrechnungstechnischen Umsetzung des EBM abgeleitete Gebührenordnungspositionen mit Suffices sowie Pseudoziffern umfassen kann. In diesem Zusammenhang wird zudem der Verwendungszweck der Satzarten L03 (Nachvollziehbarkeit der Leistungsmengenabgrenzung bei Neueinschreibern im Vorjahresquartal) und L08 (Feststellung von nicht vertragskonformer Inanspruchnahme im Abrechnungsquartal) konkretisiert.

An den in der Anlage zum Beschluss Teil B geregelten Datenschnittstellen für die von den Krankenkassen an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zu übermittelnden Bereinigungsdaten werden gegenüber den Vorgaben für das Jahr 2014 nur geringfügige Änderungen vorgenommen, welche – mit Ausnahme der Einbeziehung des aus einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfanges resultierenden Differenzbereinigungsbetrags in den Gesamtdifferenzbereinigungsbetrag (Satzart L06, Feld 12) – datentechnischer oder redaktioneller Natur sind.

Zu den entsprechenden Datenübermittlungen an das Institut des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3f SGB V wird der Bewertungsausschuss im ersten Quartal des Jahres 2016 gesondert beschließen.

Anders als im Vorjahresbeschluss beginnt die kassenseitige Frist zur Prüfung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten zur Vergütung der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI-Daten) erst ab dem gleichzeitigen Vorliegen von NVI-Daten und Einzelfallnachweisen (EFN-Daten) zu laufen. Zudem wird eine Regelung in den vorliegenden Beschluss aufgenommen, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen den kassenseitigen Datenannahmestellen bei Übermittlung mittels sFTP- oder FTPS-Server das Datum der Absendung der NVI-Daten unverzüglich mitteilen. Das gleichzeitige Vorliegen der EFN-Daten ist erforderlich, damit die Krankenkassen bei der Prüfung der angeforderten Zahlungen für nicht vertragskonforme Inanspruchnahme die Informationen aus den EFN-Daten verwenden können. Bislang treffen die EFN-Daten üblicherweise erst zeitlich nach Ende der Prüffrist der NVI-Daten vollständig ein. Zur Synchronisation der Lieferfristen der bereichsfremden EFN-Daten mit denen der NVI-Daten streben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband gemäß Protokollnotiz des vorliegenden Beschlusses eine Anpassung der Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag (DTA-Vertrag) mit Wirkung zum 1. Januar 2015 an.

In einer Protokollnotiz verpflichtet sich der Bewertungsausschuss zur Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung des vorliegenden Beschlusses mit dem Ziel der Vereinfachung der Verfahren und der Datenlieferungen mit Wirkung ab dem Jahr 2016 bis zum 30. April 2015. Eventuelle gesetzliche Änderungen sollen hierbei berücksichtigt werden.

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

Für die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V wird angekündigt, dass der Bewertungsausschuss gemäß seinem Beschluss aus der 328. Sitzung am 25. Juni 2014 bis zum 30. September 2014 separate Beschlüsse fassen wird.

### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 20. August 2014 in Kraft.