

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2014

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs um Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind.

2. Regelungsinhalte

Der vorliegende Beschluss enthält die indikationsübergreifenden Verfahrensvorgaben zur Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V und beschreibt die in diesem Zusammenhang durch die regionalen Gesamtvertragspartner, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und das Institut des Bewertungsausschusses verbindlich umzusetzenden Verfahrensschritte einschließlich deren zeitlicher Festlegung.

Die Bereinigung erfolgt indikationsspezifisch für jede vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 116b Abs. 4 Satz 2 SGB V hinsichtlich Abgrenzung und Behandlungsumfang konkretisierte spezialfachärztlich behandelbare Erkrankung, KV-spezifisch beginnend mit dem Folgequartal zu dem Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der spezialfachärztlichen Versorgung für eine Indikation erfolgt, für einen Zeitraum von drei Jahren. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss jeweils spätestens acht Wochen, nachdem eine Konkretisierung in Kraft tritt, zunächst weitere indikationsspezifische Vorgaben, insbesondere für Berechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses. Das Institut des Bewertungsausschusses legt auf dieser Grundlage innerhalb von weiteren acht Wochen seine Berechnungsergebnisse zu KV-spezifischen historischen

Leistungsmengen je Patient vor. Spätestens drei Monate später gibt der Bewertungsausschuss die KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für diese Indikation verbindlich per Beschluss für die Gesamtvertragspartner vor. Die regionalen Gesamtvertragspartner rechnen diesen Wert in eine Bereinigungsmenge je Patient um und multiplizieren sie quartalsweise mit der hierzu bestimmten tatsächlichen ASV-Patientenzahl, um den ASV-Bereinigungsbetrag zu erhalten. Dieser wird für jedes Bereinigungsquartal zum Zeitpunkt der Rechnungslegung vier Monate nach Quartalsende basiswirksam gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in seinem Beschluss Teil A der 333. Sitzung differenzbereinigt.

Berechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses

In Nr. 3 des Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, jeweils innerhalb von acht Wochen nachdem der Bewertungsausschuss den Beschluss zu indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gefasst hat, die durchschnittliche indikations- und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient in Euro zu berechnen. Sofern dies in Varianten erfolgen muss, benennt das Institut des Bewertungsausschusses die jeweils zugrunde gelegten Annahmen. Der Bewertungsausschuss beschließt jeweils binnen drei Monaten nach Vorlage der Berechnungsergebnisse unter Abwägung der Plausibilität der ggf. getroffenen einzelnen Annahmen die verbindlich vorzugebende durchschnittliche indikations- und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient.

Datengrundlage der Berechnungen ist die jeweils aktuelle Version der Daten der dem Institut gemäß Beschlüssen des Bewertungsausschusses jährlich aktualisiert vorliegenden Geburtstagsstichprobe einschließlich der arztbezogenen Ergänzung, die mit dem vorliegenden Beschluss fortgeschrieben wird.

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet die durchschnittliche indikations- und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient als Durchschnitt der historischen Leistungsbedarfe der potenziell ambulant spezialfachärztlich behandelbaren Patienten der vier aktuellsten vorliegenden Quartale in der Abgrenzung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Behandlungsumfangs, soweit dieser der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zuzuordnen ist. Hiervon wird ein bundeseinheitlicher Abschlag für Parallelabrechnungen abgezogen und mit einem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor multipliziert, wobei es hierbei nicht zu einem doppelten Abzug für den gleichen Sachverhalt kommen darf. Dies erfolgt mit dem Ziel, genau den Betrag je ASV-Patient zu bereinigen, welcher ansonsten bei der Behandlung im Vertragsarztbereich innerhalb der MGV angefallen wäre. Der Abschlag für Parallelabrechnungen erfolgt zur Berücksichtigung von voraussichtlich im Vertragsarztbereich verbleibender Mehrfachinanspruchnahme be-

stimmter bereinigungsrelevanter Leistungen. Die multimorbiditätsbedingte Kürzung erfolgt zur Begrenzung der historischen Leistungsmenge auf die Behandlung der indikationsspezifischen Morbidität, da nicht alle bereinigungsrelevanten historischen Leistungen bei der zukünftigen Versorgung eines potenziellen Patienten in der ASV vollständig im Vertragsarztbereich entfallen müssen, sondern ggf. im Zusammenhang mit der Behandlung von Komorbiditäten weiterhin dort erbracht werden können. Die indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben spezifizieren ggf., bei welchen regelhaft assoziierten Erkrankungen zukünftig keine separate Leistungsabrechnung im Vertragsarztbereich anzunehmen ist. Zudem sollen durch die multimorbiditätsbedingte Kürzung Doppelbereinigungen bei gleichzeitigem Vorliegen unterschiedlicher spezialfachärztlicher Indikationen ausgeschlossen werden.

Sollte die Anzahl potenzieller ASV-Patienten für eine Indikation in einem KV-Bezirk in der verwendeten Datengrundlage weniger als eine in den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben definierte Mindestanzahl betragen, so wird für diesen KV-Bezirk ersatzweise die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen.

Zur Identifikation der potenziell ambulant spezialfachärztlich behandelbaren Patienten werden die in der jeweiligen Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Abgrenzungskriterien entsprechend ihrer Modellierung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben auf die verwendete Datengrundlage angewandt. Zu dieser Modellierung können neben gesicherten Diagnosen auch Verdachtsdiagnosen sowie weitere Validierungskriterien gehören. Details zur Abgrenzung des MGV-Behandlungsumfangs werden ebenfalls im Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben festgelegt, etwa die umfängliche oder anteilige Abbildung neuer, erst noch durch den ergänzten Bewertungsausschuss zu beschließender Leistungen auf bestehende Gebührenordnungspositionen bzw. Pseudo-Ziffern, die Abgrenzung der Behandlungsfälle nach Fachgruppe und Diagnose sowie der Anteil des zu berücksichtigenden Versorgungsauftrages von Grundpauschalen in der ASV.

Der Abschlag für Parallelabrechnungen wird anhand der beobachteten Mehrfachinanspruchnahme bestimmter durch den Beschluss zu indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben festgelegter Gebührenordnungspositionen bestimmt.

Die Berechnung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors erfolgt unter Berücksichtigung der Detailvorgaben im Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben durch Vergleich des indikationsspezifischen MGV-Behandlungsumfangs der potenziellen ASV-Patienten mit dem einer geeigneten Ver-

gleichsgruppe von Versicherten, die nicht aufgrund der spezialfachärztlich behandelbaren oder ggf. einer damit regelhaft assoziierten Erkrankung behandelt wurden.

Beschluss zu weiteren indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben

Nr. 4 des Beschlusses enthält eine Beschreibung der indikationsspezifisch jeweils spätestens acht Wochen nach Inkrafttreten einer Konkretisierung durch den Bewertungsausschuss insbesondere zu beschließenden Detailfestlegungen für die vorzunehmenden Berechnungen. Hinsichtlich der Berechnung der durchschnittlichen historischen Leistungsmengen je Patient können bei Bedarf auch mehrere Berechnungsvarianten spezifiziert werden, wobei der Bewertungsausschuss dann bei seiner anschließenden Beschlussfassung zur verbindlichen Vorgabe der durchschnittlichen historischen Leistungsmengen je Patient eine Abwägung der jeweiligen Plausibilität der unterschiedlichen Berechnungsergebnisse vorzunehmen hat.

Die Festlegungen betreffen vor allem die Modellierung der Abgrenzungskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der verfügbaren Datengrundlage, insbesondere hinsichtlich etwaiger Validierungskriterien zur Feststellung einer indikationsspezifischen Versorgung, hinsichtlich der Operationalisierung von über Diagnosen hinausgehenden Merkmalen zur Indikationsabgrenzung wie etwa schwere Verläufe, hinsichtlich der Bedingungen zur Auswahl von Vergleichspatienten bei der Berücksichtigung von Multimorbidität und ob regelhaft assoziierte Erkrankungen dabei besonders behandelt werden, hinsichtlich der Fachgruppenzuordnung und deren Verknüpfung mit berücksichtigten Leistungen sowie hinsichtlich der ggf. anteiligen Abbildung neuer bzw. modifizierter Leistungen wie zum Beispiel Grundpauschalen auf bestehende Gebührenordnungspositionen.

Darüber hinaus ist festzulegen, unterhalb welcher potenziellen ASV-Patientenzahl anstelle eines KV-spezifischen Berechnungsergebnisses zur Begrenzung statistischer Schwankungen der Bundesdurchschnitt angesetzt werden soll.

Ferner sind die Gebührenordnungspositionen zu benennen, die aufgrund zu erwartender nicht multimorbiditätsbedingter Parallelabrechnung bei der Berechnung des bundeseinheitlichen Abschlags für Parallelabrechnungen einzubeziehen sind und ggf. welche Maßnahmen dabei zur Vermeidung eines doppelten Abzugs historischer Leistungsmengen zu ergreifen sind.

Der Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben benennt außerdem die durch die Gesamtvertragspartner bei der Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal vertragsärztlich indikationsspezifisch behandelten Patienten anzuwendenden Abgrenzungskriterien, insbesondere hinsichtlich Diagnosen, Gebüh-

renordnungspositionen und Fachgruppen. Abweichungen zu den Abgrenzungskriterien für die Auswertungsmenge des Instituts des Bewertungsausschusses sollen dabei nur erfolgen, wenn diese Auswertungsmenge aus Validitätsgründen auf eine bestimmte Teilmenge potenzieller Patienten beschränkt wurde.

Schließlich enthält der Beschluss die Festlegung eines durch die Gesamtvertragspartner zur Berücksichtigung eventueller Abweichungen der Indikationsabgrenzung - beispielsweise in Bezug auf den Einschluss von Diagnostik - anzuwendenden Umrechnungsfaktors der Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) auf entsprechende Patientenzahlen nach § 116b SGB V (neu).

Berechnungen durch die regionalen Gesamtvertragspartner

Gemäß Nr. 2 des Beschlusses bestimmen die Gesamtvertragspartner die für die Bereinigung anzusetzenden indikationsspezifischen ASV-Patientenzahlen für ein Bereinigungsquartal, abgegrenzt nach Wohnort-KV, gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Quartal. Um das historisch nach § 116b SGB V (alt) versorgte Patientenvolumen nicht nachträglich zu bereinigen, wird dieses KV- und indikationsspezifisch für die Vorjahresquartale der ersten vier Bereinigungsquartale erhoben und von der für das entsprechende Abrechnungsquartal tatsächlich festgestellten ASV-Patientenzahl von gemischten Teams und Teams mit ausschließlich Krankenhausärzten abgezogen (maximal bis auf null). Abweichend wird für die Bereinigungsquartale innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Übergangsphase von zwei Jahren ab Inkrafttreten einer ASV-Indikation die ASV-Patientenzahl dieser Teams im Sinne einer Risikoteilung hälftig bis zur doppelten historischen Patientenzahl berücksichtigt und darüber vollständig. Damit kann in der Übergangsphase einerseits bereits ab dem ersten ASV-Patienten bereinigt werden und andererseits wird auch hier maximal die historische Patientenzahl in Abzug gebracht, wobei der Anteil der Krankenhäuser, die bereits nach § 116b SGB V (neu) Leistungen erbringen, unbekannt ist. Die Zahl der ASV-Patienten mit Behandlung in ausschließlich aus Vertragsärzten bestehenden Teams unterliegt nicht dieser Kürzung. Zur Berücksichtigung von Abweichungen der Indikationsabgrenzung wird im Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben ein Umrechnungsfaktor festgelegt, mit dem die historische Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) auf die vergleichbare Patientenzahl nach § 116b SGB V (neu) umgerechnet wird.

Die Gesamtvertragspartner begrenzen die so ermittelte Patientenzahl auf den indikationsspezifisch festgestellten Höchstwert und bilden die Differenz zum entsprechenden Wert des Vorjahresquartals. Der Höchstwert wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als nach den Vorgaben im Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben abgegrenzte vertragsärztliche

Patientenzahl des Vorjahresquartals bis zum Ende des zweiten Monats nach einem Bereinigungsquartal ermittelt und mit den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern abgestimmt.

Schließlich bestimmen die Gesamtvertragspartner das Differenzbereinigungsvolumen in Punkten durch Multiplikation dieser Differenzpatientenzahl mit der vom Bewertungsausschuss für diesen KV-Bezirk verbindlich vorgegebenen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patient in Euro und zwei weiteren verbindlich definierten Faktoren. Der erste Faktor dient der Umrechnung in Punkte und der Berücksichtigung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen und ergibt sich als Verhältnis des für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zur für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung in Euro (jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals). Der zweite Faktor dient der Berücksichtigung vereinbarter Mengensteigerungen und ergibt sich als Produkt der jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses für seine Berechnungen verwendeten Datenjahr und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals. Die konsistente Berücksichtigung der Veränderungsdaten zwischen dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals und dem Bereinigungsquartal selbst erfolgt bereits im Verfahren zur Feststellung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014. Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage nicht unmittelbar nachvollziehen lässt oder sich im Zeitverlauf ändert, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine gegebenenfalls notwendige Anpassung der verwendeten historischen Leistungsmenge je Patient.

Die basiswirksame Bereinigung erfolgt spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal durch Abzug des insgesamt bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere hierzu bereits in seinem Beschluss Teil A der 333. Sitzung am 20. August 2014 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V beschlossen. Dabei erfolgt der basiswirksame Abzug des Differenzbereinigungsvolumens auf der Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Aufteilung auf die einzelnen

Krankenkassen erfolgt implizit bei der Ermittlung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf.

Bei der Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund anderer im SGB V genannter Bereinigungsanlässe sind Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen mit der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung auszuschließen.

Datenlieferungen zur Durchführung der Bereinigung

Nach Nr. 5 des Beschlusses übermitteln die Krankenkassen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V quartalsweise bis zum Ende des Folgequartals, jeweils beginnend für das Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für eine ASV-Indikation erfolgt ist, die **ASV-Patientenzahlen** in der Satzart ANZASV116b_IK entsprechend der bis zum 15. des dritten auf das Quartal folgenden Monats an die Datenannahmestelle der Krankenkasse übertragenen Abrechnungen, gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Art des ASV-Teams und Abrechnungsweg. Da ASV-Abrechnungen auch deutlich später eingehen können, werden innerhalb des Bereinigungszeitraums für die Datenlieferung zu einem Abrechnungsquartal sämtliche bis zu dem genannten Stichtag und nach dem vorherigen Stichtag eingehende Abrechnungen unabhängig von dem Leistungsquartal, auf das sie sich beziehen, berücksichtigt. Für jeden aus der Kombination von Leistungsquartal, Versicherten und ASV-Team definierten ASV-Leistungsfall wird allerdings stets nur eine einmalige Zählung des in diesem Fall behandelten Patienten vorgenommen. Die Zuordnung der Art des ASV-Teams (ausschließlich Vertragsärzte, ausschließlich Krankenhausärzte oder gemischtes Team) erfolgt jeweils anhand des ASV-Verzeichnisses zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals, abhängig davon, ob dort ausschließlich Betriebsstättennummern oder ausschließlich Institutionskennzeichen als Einrichtungskennung angegeben sind.

Zur Vollständigkeitsprüfung übermitteln die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband nach dessen Vorgaben ergänzend die Information, ob für ein Abrechnungsquartal, eine Wohnort-KV und eine ASV-Indikation eine Patientenzahl von null oder eine Patientenzahl größer null vorliegt.

Aufgrund des knappen Zeitraums zwischen dem Vorliegen der ASV-Patientenzahlen bei den Krankenkassen bis zu deren Verwendung zur Durchführung der ASV-Bereinigung durch die Gesamtvertragspartner erfolgt die Weiterleitung der zusammengeführten ASV-Patientenzahlen abweichend vom in § 87a Abs. 6 SGB V vorgesehenen Lieferweg. Der GKV-Spitzenverband summiert die erhaltenen ASV-Patientenzahlen unter Entfernung des Krankenkassenbezugs in der Satzart

ANZASV116b_SUM auf und übermittelt diese zusammen mit den kassenartenspezifisch abgegrenzten Rohdaten regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt innerhalb von sieben Tagen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, das Institut des Bewertungsausschusses, die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet diese Daten innerhalb von drei Tagen an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter. Den jeweiligen Empfängern wird dabei nur die jeweils zutreffende regionale bzw. kassenartenspezifische Abgrenzung bereitgestellt.

Zur Unterstützung der Berücksichtigung der vorgenommenen ASV-Bereinigungen bei der Honorarverteilung übermitteln die Krankenkassen quartalsweise bis zum Ende des Folgequartals, jeweils beginnend für das Folgequartal zu dem Quartal, in dem die erste ASV-Abrechnung für eine ASV-Indikation erfolgt ist, die tatsächlichen **arztspezifischen ASV-Patientenzahlen** in der Satzart ANZASV116b_LANR, gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Abrechnungsweg und nicht pseudonymisierter lebenslanger Arztnummer direkt an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Datenlieferungen erfolgen analog zur Lieferung der Patientenzahlen in der Satzart ANZASV116b_IK, es werden jedoch nur ASV-Behandlungen bei Vertragsärzten berücksichtigt und die Zählung eines ASV-Patienten wird für jeden einzelnen an einem ASV-Team teilnehmenden und entsprechende Abrechnungen übermittelnden Vertragsarzt vorgenommen. Datenlieferant und Datenempfänger vereinbaren jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

Zur Feststellung eines **Höchstwertes** ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Nr. 2 indikationsspezifisch und quartalsweise die Anzahl der im Vorjahresquartal eines Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, die den im Beschluss zu den indikationsspezifischen Vorgaben definierten Abgrenzungskriterien genügen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen diese Anzahlen den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern in Summe und für die einzelnen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auch kassenspezifisch jeweils bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Bereinigungsquartal mit. Zu dieser Datenübermittlung wurde keine eigene Satzart definiert, die Übermittlungsdetails sind jeweils durch die Gesamtvertragspartner abzustimmen. Die kassenseitigen Gesamtvertragspartner plausibilisieren diese Anzahlen mit den ihnen vorliegenden Daten und verständigen sich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die für das jeweilige Quartal heranzuziehende kassenübergreifende Gesamtanzahl (Höchstwert).

In Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses wird ein separater Beschluss bis zum 31. Oktober 2014 angekündigt, in dem die Übermittlung der indikationsspezifischen **Patientenzahlen nach § 116b SGB V (alt)** für die Vorjahresquartale der ersten vier Bereinigungsquartale je KV und Indikation gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch die Krankenkassen an die Bundesebene und von dort aggregiert zurück an die Gesamtvertragspartner im Detail geregelt wird. Diese Daten werden bei den Berechnungen durch die regionalen Gesamtvertragspartner verwendet, um das historisch nach § 116b SGB V (alt) versorgte Patientenvolumen nicht nachträglich zu bereinigen.

Schließlich enthält der vorliegende Beschluss in Nr. 6 die mit dem Berichtsjahr 2012 beginnende jährliche Fortschreibung der bereits bisher anlassbezogen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V gelieferten **arztbezogenen Ergänzungsdatenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe** von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses zur Verbesserung der Datengrundlage für dessen Berechnungen.

Überprüfungsauftrag

Der Bewertungsausschuss wird ab dem Jahr 2016 prüfen, ob die Vorgaben des vorliegenden Beschlusses angepasst werden müssen, insbesondere ob die dynamische Festlegung der Höchstwerte oder ob die Befristung des Bereinigungszeitraums aufgrund anhaltend starker Mengendynamik innerhalb der ASV oder erheblicher Anteile verspätet eingehender ASV-Abrechnungen für bestimmte oder alle Indikationen angepasst werden muss. Diese Prüfung kann unter Zuhilfenahme einer vom ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben festzulegenden Datengrundlage gemäß § 87 Abs. 3f SGB V erfolgen.

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V

Die gesetzliche Vorgabe, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ASV nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, ist in den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen und entsprechend dieser Vorgaben von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen umzusetzen.

Abweichende Terminvorgaben für die Bereinigung des 2. bis 4. Quartals 2014

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 328. Sitzung am 25. Juni 2014 beschlossen, die Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung für das 2. bis 4. Quartal des Jahres 2014 nachträglich mit Wirkung zum jeweiligen

Folgejahresquartal 2015 vorzunehmen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 beschlossen, die für das 2. bis 4. Quartal 2014 für den jeweiligen KV-Bezirk insgesamt ermittelten erstmaligen ASV-Bereinigungsmengen in Punkten jeweils in einen KV-spezifischen Prozentsatz umzurechnen und hiermit eine nicht basiswirksame Bereinigung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe des 2. bis 4. Quartals des Jahres 2015 vorzunehmen. Die außerdem für das zweite bis vierte Quartal des Jahres 2015 vorzunehmende basiswirksame ASV-Differenzbereinigung bezieht sich daher auf den Vergleich mit nicht basiswirksam bereinigten Vorjahresquartalen, d. h. hier sind kumulierte Mengen basiswirksam zu bereinigen, in denen die erstmaligen ASV-Bereinigungsmengen des Jahres 2014 enthalten sind.

Für die bislang in Kraft getretenen Indikationen Tuberkulose und gastrointestinale Tumore wird im vorliegenden Beschluss abweichend der 31. Januar 2015 als Termin für die Beschlussfassung zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben, der 31. März 2015 als Termin für die Vorlage entsprechender Berechnungsergebnisse durch das Institut des Bewertungsausschusses und der 30. Juni 2015 als Termin für die Beschlussfassung der verbindlich vorzugebenden durchschnittlichen historischen Leistungsmengen je Patient vorgegeben.

Die Termine für die Datenlieferungen zum zweiten bis vierten Abrechnungsquartal des Jahres 2014 werden durch den vorliegenden Beschluss ebenfalls abweichend festgelegt. So erfolgt für diese Abrechnungsquartale die Lieferung der ASV-Patientenzahlen durch die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sowie der arztbezogenen ASV-Patientenzahlen durch die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich bis zum 30. Juni 2015 und die Lieferung der Höchstwerte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die kassenseitigen Gesamtvertragspartner einheitlich bis zum 31. Mai 2015. Als Termin für die Einigung der Gesamtvertragspartner auf die nach dem beschlossenen Verfahren für diese Bereinigungsquartale anzusetzenden ASV-Patientenzahlen einschließlich der dabei heranzuziehenden Höchstwerte ist zudem abweichend der 15. Juli 2015 festgelegt.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2014 in Kraft.