

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss kann darüber hinaus gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen beschließen.

Zudem beschließt der Bewertungsausschuss 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. Regelungshintergründe

2.1 Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Gebührenordnungspositionen 04110 bis 04122 EBM in besonderen Fällen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, den Gesamtvertragspartner zu empfehlen, bei der Abgrenzung der im morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen die Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122,

wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, nicht einzubeziehen.

Das Institut des Bewertungsausschusses hatte in Umsetzung eines entsprechenden Auftrages des Bewertungsausschusses eine Überprüfung der Leistungen im EBM der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie einschließlich der Sachkostenauspauschalen des Kapitels 40.14 EBM vorgenommen. Hierbei hat sich auf der Grundlage des zur Verfügung stehenden Datenmaterials die Notwendigkeit einer Absenkung der Höhe der Dialysesachkosten einerseits sowie einer Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leistungen andererseits ergeben. Die Bundesmantelvertragspartner haben mit Wirkung zum 1. Juli 2013 eine Absenkung der Höhe der Dialysesachkosten beschlossen. Mit der Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erfolgt eine Verbesserung der Vergütung der ärztlichen Dialyseleistungen. Gleichzeitig wird damit sichergestellt, dass neben der bundeseinheitlichen Vergütung der Dialysesachkosten nunmehr auch eine bundeseinheitliche Vergütung der ärztlichen Dialyseleistungen erfolgt.

Bei der Überführung dieser Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung ist der vereinbarte Behandlungsbedarf gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Teil A, Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und 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 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V sowie Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013 unter Ziffer 2.2.1 beschriebenen Verfahren anzupassen. Abweichend vom dort beschriebenen Verfahren wird als Aufsatzzeitraum das entsprechende Quartal des Jahres 2011 empfohlen.

2.2 Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Juli 2013

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung den Behandlungsbedarf basiswirksam zu erhöhen. Hierzu wird der Behandlungsbedarf in den vier Quartalen vom 3. Quartal 2013 bis einschließlich zum 2. Quartal 2014 so angepasst, dass verteilt über die vier genannten Quartale von allen gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich insgesamt 20 Mio. Euro an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden. Die Verteilung der 20 Mio. Euro auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt gemäß der Zahl der Versicherten in den jeweiligen KV-

Bezirken. Als Datenbasis hat der Bewertungsausschuss die aktualisierte ANZVER87a-Statistik des 3. Quartals 2012 verwendet. Der Beschluss benennt die sich aus diesem Aufteilungsschlüssel ergebenden Beträge in Euro je KV-Bezirk.

Die Gesamtvertragspartner rechnen die für ihren KV-Bezirk im vorliegenden Beschluss genannten Beträge mit dem Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Punkte um. Der sich ergebende Betrag in Punkten wird von den Gesamtvertragspartnern auf die vier Quartale vom 3. Quartal 2013 bis einschließlich zum 2. Quartal 2014 aufgeteilt. Für jedes dieser vier Quartale wird dieser Betrag schließlich entsprechend der Zahl der Versicherten der Krankenkassen im jeweiligen Abrechnungsquartal auf die Krankenkassen aufgeteilt. Als Datenbasis hierfür dient die im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen im jeweiligen KV-Bezirk verwendete Versichertenzahl gemäß der ANZVER87a-Statistik. Der Behandlungsbedarf der Krankenkassen erhöht sich basiswirksam um den so errechneten Betrag.

2.3 Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Januar 2015

Der Bewertungsausschuss beabsichtigt, eine weitere Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2015 zu beschließen, falls die in Teil B des Beschlusses Nr. 122 der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. des Beschlusses Nr. 939 der AG Ärzte/Ersatzkassen angekündigte zweite Stufe der Anpassung der Dialysewochen- und -einzelpauschalen mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschlossen wird. In diesem Fall wird der Behandlungsbedarf in den vier Quartalen beginnend mit dem 1. Quartal 2015 zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung ein weiteres Mal angehoben. Hierzu wird der Behandlungsbedarf in den vier Quartalen vom 1. Quartal 2015 bis einschließlich zum 4. Quartal 2015 so angepasst, dass verteilt über die vier genannten Quartale von allen gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich insgesamt 10 Mio. Euro an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden. Das Vorgehen zur Ermittlung der Anteile an diesen 10 Mio. Euro, die auf den jeweiligen KV-Bezirk entfallen, die Umrechnung des daraus resultierenden Euro-Betrages in Punkte, die Verteilung über die vier Quartale und die Verteilung dieser Beträge entsprechend der Anzahl der Versicherten der Krankenkassen im jeweiligen Abrechnungsquartal erfolgt in Anlehnung an Nr. 2 des Beschlusses. Als Datenbasis zur Ermittlung der Anteile an den 10 Mio. Euro, die auf den jeweiligen KV-Bezirk entfallen, wird der Bewertungsausschuss die ANZVER87a-Statistik des 1. Quartals 2014 verwenden.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2013 in Kraft.