

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 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 2016 mit Wirkung zum 19. August 2015

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 der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 separat geregelt ist – mit Wirkung für das Jahr 2016.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Bewertungsausschuss führt mit dem vorliegenden Beschluss seine für das Jahr 2015 durch Beschluss in der 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil B, getroffenen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V mit Anpassungen auch mit Wirkung für das Jahr 2016 fort. Der Beschluss wird befristet mit Wirkung für das Jahr 2016 gefasst, da der Bewertungsausschuss gemäß der Protokollnotiz bis zum 29. Februar 2016 seine Vorgaben mit Wirkung für den Bereinigungszeitraum ab dem Jahr 2017 weiterentwickeln und dabei gegebenenfalls die in der Protokollnotiz benannten Verfahrensschritte vereinfachen möchte. Dabei wird auch die Aufnahme der Bereinigung aufgrund der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des GKV-VSG geprüft.

Wesentliche Änderungen der Vorgaben für das Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr betreffen Anpassungen an das GKV-VSG sowie eine Modifikation der Bereinigungsstypologie.

Die Vorgaben zur Bereinigung unterscheiden sich nunmehr in Abhängigkeit davon, ob sich der Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben (Nr. 5) oder nicht (Nr. 6), da hiervon abhängt, ob zur Ermittlung des Bereinigungsbetrages grundsätzlich auf den Umfang der individuellen Leistungsanspruchnahme der Teilnehmer im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme zurückgegriffen werden kann oder anders berechnete Durchschnitte verwendet werden müssen.

Darüber hinaus unterscheidet sich die Art der Durchschnittsberechnung in Nr. 6 in Abhängigkeit davon, ob der Versorgungsauftrag eine auf Dauer ausgelegte Versorgung der Teilnehmer innerhalb des Selektivvertrages umfasst (Nr. 6.2) oder nicht (Nr. 6.1). Beim Verfahren nach Nr. 6.1 wird bei der Berechnung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge auf historische bereinigungsrelevante Leistungsbedarfe der Versicherten zurückgegriffen, für die im betreffenden Quartal eine Versorgung gemäß dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag erfolgte. Beim Verfahren nach Nr. 6.2 wird bei der Berechnung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge auf historische bereinigungsrelevante Leistungsbedarfe aller Versicherten zurückgegriffen, wobei eine Differenzierung nach geeigneten Kriterien zur Risikoadjustierung wie Indikationen, Alter und Geschlecht vorgenommen werden kann.

Weiterhin enthält der Beschluss in Nr. 4.7 Verfahrensvorgaben gemäß §§ 64 Abs. 3 sowie 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG für Fälle, in denen eine Krankenkasse für Verträge nach §§ 63 und 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG auf die Bereinigung verzichten kann, da das voraussichtliche Bereinigungsvolumen geringer ist als der Aufwand zur Durchführung der Bereinigung. Das Verfahren, für welches kein Bereinigungsvertrag abgeschlossen werden muss, sieht vor, dass eine Krankenkasse freiwillig auf die Bereinigung so lange verzichten kann, wie das voraussichtliche Bereinigungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal und Selektivvertrag einen Schwellenwert von 5.000 € in keinem Quartal zuvor oder erstmals höchstens drei Quartale zuvor überschritten hat. Diese zweiteilige Bedingung bewirkt, dass einerseits keine Rückkehr zum Bereinigungsverzicht mehr möglich ist, sobald ein formales Bereinigungsverfahren aufgenommen wurde, und dass andererseits den Verhandlungspartnern zur Abstimmung und Aufnahme des formalen Bereinigungsverfahrens drei Quartale Zeit bleiben.

Das voraussichtliche Bereinigungsvolumen in Nr. 4.7 wird von der Krankenkasse jeweils durch Multiplikation der tatsächlichen Teilnehmerzahl mit der Summe der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen, die den selektivvertraglichen Versorgungsauftrag abbilden, ermittelt. Die Gebührenordnungspositionen sind in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie ggf. anteilig heranzuziehen. Die Übermittlung der tatsächlichen Teilnehmerzahlen sowie der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina an die regionalen Gesamtvertragspartner erfolgt bis spätestens zehn Wochen nach Quartalsende über den GKV-Spitzenverband und das Institut des Bewertungsausschusses; rechtliche Grundlage hierfür ist § 87a Abs. 6 SGB V. Der Bewertungsausschuss verpflichtet sich, Näheres zu dieser Datenübermittlung bis zum 30. September 2015 zu beschließen.

Die Berücksichtigung der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina bei einem Bereinigungsverzicht gemäß Nr. 4.7 erfolgt im Rahmen der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte abweichend vom Verfahren in Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, indem bei der Ermittlung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs des Vorjahresquartals alle in einer Kassenärztlichen Vereinigung vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina in Abzug gebracht werden. Nach Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen wird für jede Krankenkasse das jeweilige voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Vertrages wieder zugesetzt, es sei denn, eine Kassenärzt-

liche Vereinigung verzichtet bei Beträgen unterhalb von jeweils 500 € freiwillig darauf, weil der Aufwand hierfür höher erscheint.

Neben diesen Anpassungen werden in den Nummern 2 bis 4 insbesondere folgende Detailänderungen an den bisherigen Verfahrensvorgaben vorgenommen:

Aufgrund der Vorgaben durch das GKV-VSG wurde die Möglichkeit der Schiedsamtanrufung bei Nichtzustandekommen eines Bereinigungsvertrags auf alle Partner der Verträge nach §§ 63 und 73b SGB V erweitert.

Um eine lückenlose Bereinigung zu gewährleisten, gelten bereits bestehende Bereinigungsverträge solange weiter, bis die Partner einen neuen Vertrag nach dem vorliegenden Beschluss gefasst haben.

Für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Ausland erfolgt eine Bereinigung genau dann, wenn Wohnausländer bei der jeweiligen Krankenkasse in der KV, in der die Bereinigung vorgenommen werden soll, innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Der Bereinigungsvertrag kann eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorsehen; diese ist bei der Ermittlung der Bereinigungsmengen und der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zu berücksichtigen.

Von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten veranlasste Laborleistungen können bei Erbringung durch bestimmte Fachgruppen bereinigt werden.

Für Leistungen im Rahmen eines durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellten Notdienstes erfolgt keine Bereinigung.

Da die Umsetzung der Bereinigung zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zählt, kann gemäß Begründung des GKV-VSG für den damit verbundenen Verwaltungsaufwand gegenüber den Krankenkassen kein Aufwandsersatz geltend gemacht werden.

Den Partnern des Bereinigungsvertrags wird die Möglichkeit eingeräumt, zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung eine vorläufige Datenlieferung oder ein pauschales Abschlagsverfahren mit späterer Spitzrechnung zu verwenden. Falls lediglich die Fortschreibungsfaktoren nicht vollumfänglich bekannt sind, sind diese im Rahmen der vorläufigen Bereinigung nicht zu berücksichtigen, um den Abstimmungsbedarf zu reduzieren.

Im Falle der Beendigung eines Selektivvertrags ohne Abschluss eines Anschlussvertrags erfolgt in den folgenden vier Quartalen eine Rückbereinigung. Hierzu sind, sofern keine andere Vereinbarung erfolgt, die notwendigen Daten zu liefern.

Die Partner der Bereinigungsverträge beobachten die Auswirkungen der Bereinigung auf die kollektivvertragliche Versorgung und prüfen den Umgang mit ggf. stattfindenden nicht gewünschten Belastungen.

Auf die Anrufung des Schiedsamts bei nicht fristgemäß abgeschlossenen Verhandlungen zum Bereinigungsvertrag kann einvernehmlich verzichtet werden, wenn die Verhandlungen mit Abschlussabsicht weitergeführt werden. In diesem Fall erfolgt eine vorläufige Bereinigung mit späterer Spitzrechnung. Bei einer Nichteinigung ist das Schiedsamt hinsichtlich der vorläufig bereinigten Quartale anzurufen.

Bei Nichtzustandekommen eines Folgebereinigungsvertrags gilt das für das Vorjahr vereinbarte Verfahren ohne Berücksichtigung der für das aktuelle Bereinigungsquartal gültigen Fortschreibungsfaktoren zunächst fort. Dies verschafft ggf. mehr Zeit zur Vereinbarung eines Folgebereinigungsvertrags.

Die Krankenkasse hat für das Verfahren nach Nr. 5 die Daten bis zu drei Wochen vor Quartalsbeginn zu liefern; zur Vereinfachung der Honorarbereinigung können die Partner des Bereinigungsvertrags jedoch einvernehmlich ein Vorziehen der Frist vereinbaren. Zudem sollte zur Beschleunigung der Prüfung gemäß Nr. 5.1 zusätzlich eine vorläufige Bereinigungsdatenlieferung bereits fünf Wochen vor Beginn des Bereinigungsquartals auf Basis der bis dahin bekannten, am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten, vereinbart werden. In diesem Fall kann die bereinigende Krankenkasse verlangen, dass die Abstimmung der Datengrundlagen gemäß Nr. 5.1 auf Grundlage dieser Lieferung erfolgt; verlangt sie dies nicht, ist die Lieferung nach Satz 1 Grundlage für die Abstimmung gemäß Nr. 5.1. Für Verfahren nach Nr. 6.1 bzw. Nr. 6.2 beträgt die Frist zur Lieferung der Teilnehmerdaten zehn Wochen nach Quartalsende bzw. fünf Wochen vor Quartalsende; auch hier können jeweils einvernehmlich abweichende Fristen vereinbart werden.

Korrigierte Teilnehmerdaten können für das Verfahren nach Nr. 5, sofern nicht von der Möglichkeit des Verzichts Gebrauch gemacht wird, bis zehn Arbeitstage vor Ende des zu bereinigenden Quartals geliefert werden.

Im Rahmen der KV-übergreifenden Bereinigung nach Nr. 4.5 können für Neueinschreiber pauschale Beträge vereinbart werden. Dabei ist insbesondere die Verwendung der Neueinschreiber-Durchschnittsbeträge aus der Vertrags-KV zu prüfen. Aufgrund des GKV-VSG wurde der Hinweis aufgenommen, dass die Krankenkasse verlangen kann, dass ab dem Quartal 3/2016 in einer abweichenden Wohnort-KV für Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG das Verfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird. Dabei ist nicht zwingend eine unveränderte Übernahme von Durchschnittsbeträgen aus der Vertrags-KV impliziert. Verlangt eine Krankenkasse die Umsetzung des Verfahrens der Vertrags-KV für bereits bestehende Selektivverträge, ist zur Gewährleistung der technischen Umsetzung ein Vorlauf von drei Quartalen einzuhalten.

Die Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung nach Nr. 4.6 wird um den Hinweis ergänzt, dass unbeteiligte Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen. Außerdem wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, über den Umfang der deklaratorischen Bereinigung und eventuelle Auswirkungen auf die kassenspezifischen Behandlungsbedarfe jährlich bis zum 1. August zu berichten. In Nr. 10 wird hierzu ein bis zum 31. Oktober 2016 zu fassender Beschluss zu evtl. weiteren Datenlieferungen angekündigt.

In Nr. 8 wird die kassenseitige Frist zur Prüfung der Datenlieferung bei Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Kollektivvertrag durch Selektivvertrags Teilnehmer auf zehn Arbeitstage festgelegt, wobei diese Frist bei Berücksichtigung bereichseigener und bereichsübergreifender Leistungen frühestens nach Ablauf der bundesmantelvertraglich vereinbarten Lieferfrist von fünf Monaten nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungsquartals beginnt, um einen planbaren Prüfbeginn auch bei vorzeitigen Datenlieferungen bereichsübergreifender EFN-Daten zu gewährleisten.

In Nr. 9 erfolgt die redaktionelle Klarstellung, dass in der Satzart L10 auch Rückkehrer und ggf. Bestandsteilnehmer aufzuführen sind und dass in der Satzart L02, falls die Anzahl der Teilnehmer je Arzt angegeben wird, dabei nur Teilnehmer mit Wohnort in der zu bereinigenden KV zu zählen sind. Für Bereinigungsverfahren nach Nr. 6 verständigen sich die Partner des Bereinigungsvertrags jeweils auf die zu übermittelnden Daten.

In Nr. 10 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen als mögliche Datenlieferanten gemäß § 87 Abs. 3f SGB V ergänzt, da diese aktuell gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 die Satzart 014 zur Verfügung stellen.

In Nr. 12 wird festgelegt, dass die Transparenzstelle beim Institut des Bewertungsausschusses nicht mehr weitergeführt wird, da die Datenlieferungen nach Nr. 10 bereits eine wesentlich umfangreichere und vollständigere Datengrundlage zur Gewährleistung von Transparenz sicherstellen.

Hinsichtlich der Satzarten der Anlage wurden neben Feldlängen lediglich in der Satzart L01 in den Erläuterungen zu Feld 6 die Gesetzesverweise aktualisiert, in der Satzart L02 in Feld 12 eine Folgeänderung aus der Ergänzung in Nr. 9 lit. b) vorgenommen und in der Satzart L07 für das Feld 13 die Ausprägung 2 zur Kennzeichnung einer Anwendung des Ersatzwertverfahrens nach Nummer 4.5.1, vorletzter Absatz, ergänzt.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. August 2015 in Kraft.