

B E S C H L U S S

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011

Präambel

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt unter Berücksichtigung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), Stand 23. September 2010, nachfolgende Regelungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012. Sollten einzelne Regelungen dieses Beschlusses durch eine nachfolgende Gesetzgebung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird der Bewertungsausschuss unverzüglich über notwendige Anpassungen beschließen.

1. Festlegung des Orientierungswertes und Vorgaben des Bewertungsausschusses für die regionalen Punktwerte

Der bundeseinheitliche Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 beträgt 3,5048 Cent. Festlegungen nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nrn. 2 und 3 SGB V werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht vorgenommen.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil D zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung, wird für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt und die Konvergenzregelung gemäß Nr. 1.2.2 des Beschlusses entsprechend um zwei Jahre verschoben.

Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur gemäß § 87 Abs. 2f SGB V werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht festgelegt.

Gemäß § 87d Abs. 1 Satz 4 SGB V (nach Art. 1, Nr. 8 Kabinettsentwurf GKV-FinG) dürfen nach § 87a Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V für das Jahr 2010 vereinbarte Zuschläge unter den für 2010 gültigen Bedingungen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. Soweit sich im Ergebnis der vom GKV-Spitzenverband vor dem LSG Berlin Brandenburg unter den Az.: L 7 KA 62/09 KL und L 7 KA 135/09 KL eingebrachten Klageverfahren rechtskräftig die Unzulässigkeit zusätzlicher regionaler Vergütungsbestandteile ergibt, sind diese zurück zu erstatten; das Nähere hierzu vereinbaren die Partner der Gesamtverträge. Zudem wird der Bewertungsausschuss in einem solchen Fall die betroffenen Regelungen dieses Beschlusses entsprechend anpassen.

Die gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V zu erstellende regionale Euro-Gebührenordnung enthält für die Jahre 2011 und 2012 keine Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung.

2. Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Für die Vereinbarung des der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugrunde liegenden Punktzahlvolumens für die Jahre 2011 und 2012 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V trifft der Erweiterte Bewertungsausschuss folgende Regelungen.

2.1 Aufsatz der Leistungsmenge je Versicherten

Die je Krankenkasse gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2010 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten bildet den Aufsatz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011.

Die je Krankenkasse gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2011 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten bildet den Aufsatz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012.

2.2 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Die Abgrenzung der Leistungsmenge nach 2.1 entspricht den für 2010 in Nrn. 1.3 und 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil B getroffenen Festlegungen sowie den für 2010 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen.

2.3 Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87d Absatz 2 SGB V (nach Art. 1, Nr. 8 Kabinettsentwurf GKV-FinG)

2.3.1 Lineare Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87d Absatz 2 Satz 2 (nach Art. 1, Nr. 8 Kabinettsentwurf GKV-FinG)

Gemäß § 87d Abs. 2 Satz 2 SGB V (nach Art. 1, Nr. 8 Kabinettsentwurf GKV-FinG) wird für die Jahre 2011 und 2012 der Behandlungsbedarf je Versicherten nach den Nrn. 2.1 und 2.2 jeweils basiswirksam um 0,75 vom Hundert erhöht.

2.3.2 Asymmetrische Anpassung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2011

Grundlagen für die nachfolgenden Festlegungen sind:

- die für das Jahr 2010 in Nrn. 1.3 und 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil B getroffene inhaltliche Abgrenzung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs,
- die kassen- und KV-spezifischen Datenübermittlungen des Instituts des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner nach Satzart ARZTRG87aMGVBB, zuletzt aktualisiert am 13. Januar 2010, auf Grundlage der Daten nach Satzart ARZTRG87c4 für das Jahr 2008 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ergänzt und geändert in der 169. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 185. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie
- die Anzahl der Versicherten (ohne Personenkreis nach § 264 SGB V, ohne Versicherte mit Wohnsitz im Ausland) im Jahresdurchschnitt 2008 sowie im zweiten Quartal 2010 nach Satzart ANZVER87c4 gemäß Beschluss des Bewertungsaus-

schusses in seiner 154. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert in der 199. Sitzung am 22. September 2009.

Gemäß § 87d Abs. 2 Satz 7 SGB V (nach Art. 1, Nr. 8 Kabinettsentwurf GKV-FinG) wird ein Schwellenwert festgelegt. Der Schwellenwert ist der mit der Anzahl der Versicherten gewichtete, gemäß Satz 1 ermittelte und gemäß 2.3.1 gesteigerte durchschnittliche kassenübergreifende Behandlungsbedarf je Versicherten derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, deren für 2010 gemäß Satz 1 ermittelter kassenübergreifender Behandlungsbedarf je Versicherten im oberen Terzil (die oberen sechs Kassenärztlichen Vereinigungen) aller Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Der Schwellenwert ergibt sich zu 10.465,6 Punkten je Versicherten.

Für KV-Bezirke, in denen der für das Jahr 2010 gemäß Satz 1 ermittelte und gemäß 2.3.1 gesteigerte kassenübergreifende Behandlungsbedarf je Versicherten (x) den Schwellenwert nach Satz 4 unterschreitet, wird eine asymmetrische Steigerungsrate wie folgt ermittelt: Die asymmetrische Steigerungsrate je KV-Bezirk ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Schwellenwert nach Satz 4 und dem in dem KV-Bezirk für das Jahr 2010 gemäß Satz 1 ermittelten und gemäß 2.3.1 gesteigerten kassenübergreifenden Behandlungsbedarf je Versicherten, maximal jedoch

- 3,4581 %, wenn $x \leq 9.310$ Punkte,
- 2,7171 %, wenn $9.310 \text{ Punkte} < x \leq 9.730$ Punkte und
- 1,0473 %, wenn $x > 9.730$ Punkte.

Es werden die folgenden für 2011 basiswirksamen Steigerungsraten auf den gemäß 2.3.1 je Krankenkasse festgestellten Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnsitz in der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt:

KV	Asymmetrische Steigerungsrate 2011
Schleswig-Holstein	3,4581%
Hamburg	0,0000%
Bremen	0,9662%
Niedersachsen	1,0473%
Westfalen-Lippe	3,4581%
Nordrhein	3,4581%
Hessen	1,0473%
Rheinland-Pfalz	2,7171%
Baden-Württemberg	2,7171%
Bayern	1,0473%
Berlin	0,0000%
Saarland	1,0473%
Mecklenburg-Vorpommern	0,0000%
Brandenburg	3,4581%
Sachsen-Anhalt	3,4581%
Thüringen	2,7171%
Sachsen	3,4581%

2.3.3 Vergütung von neuen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 2 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Berechnung der Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Übernahme solcher Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Bei Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen und soweit keine schon bestehenden Leistungen substituiert werden, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen jeweils für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vergütet. Während dieses festgelegten Zeitraumes wird der Bewertungsausschuss prüfen, wann und ggf. wie diese Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung überführt werden.

Beschließt der Bewertungsausschuss nach Satz 2, Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen, unterbreitet das Institut des Bewertungsausschusses spätestens drei Monate vor dem festgelegten Überführungstermin dem Bewertungsausschuss Vorschläge zur konkreten Umsetzung des Standardverfahrens zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 3.2.1 des Beschlusses Teil B des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009.

2.3.4 Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Nrn. 1, 3 und 4 SGB V

Der Bewertungsausschuss beschließt, dass darüber hinausgehende Anpassungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Nrn. 1, 3 und 4 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 nicht umgesetzt werden.

Die Frist zur Beschlussfassung nach der Regelung gemäß Nr. 2.3.1 Ziffer 6 des Beschlusses Teil B des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 über die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens zur Bestimmung der diagnosenbezogenen Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 5 SGB V wird auf den 30. Juni 2011 verlängert.

2.4 Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2011

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2011 einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt der nach 2.3.1 und 2.3.2 gesteigerten unbereinigten Leistungsmenge je Versicherten nach den Abschnitten 2.1 bis 2.2 mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 sowie dem Punktwert nach § 87a Abs. 2 SGB V.

Hiervon abgezogen werden die Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c sowie 140d SGB V. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Oktober 2010 ein Verfahren für die Jahre 2011 und 2012.

2.5 Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2012 einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt der nach 2.3.1 gesteigerten unbereinigten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2011 nach den Abschnitten 2.1 bis 2.2 mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2012 sowie dem Punktwert nach § 87a Abs. 2 SGB V.

Hiervon abgezogen werden die Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c sowie 140d SGB V gemäß dem vom Bewertungsausschuss nach Abschnitt 2.4 zweiter Absatz zweiter Satz zu beschließenden Verfahren.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

3.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2010

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt nach Nr. 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil E zu einem Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V bis zum 15. September 2011 den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2010 fest. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 30. September 2011 über die Freigabe beschließen. Dabei stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2010 kommt.

Die Partner der Gesamtverträge stellen auf der Grundlage der Berechnungen nach Satz 1 und 2 und nach Abzug des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen für das Jahr 2010 den zusätzlich zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnahe Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2010 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Dabei stellen die Partner der Gesamtverträge sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2010 kommt.

3.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2011 und 2012

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2011 und 2012 erfolgt nicht.

4. Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V

Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss in Fortschreibung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil G folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V:

- a. Von der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,

- für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschlussteil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V, zuletzt geändert durch Beschluss des 239. Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung).
- b. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2010/2011 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 5 SGB V anzuwendenden Berechnungsformel nach § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. a. für das Jahr 2011/2012 fest.
- c. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Vorjahr für die unter Nr. a. genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2011/2012 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.
- d. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächst möglichen Zeitpunkt berücksichtigt.