

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012

Teil A

zu 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 mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

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 sowie 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. Außerdem beschließt er gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

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

Zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V macht der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs, Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, Vorgaben zur kassenspezifischen Aufteilung des Behandlungsbedarfs und zur Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte unter Berücksichtigung von Versicherungszahländerungen und durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten.

Durch die gesetzliche Vorgabe in § 87a Abs. 4 SGB V ist der historische bereinigte Behandlungsbedarf einer Kassenärztlichen Vereinigung Basis für die Bestimmung des aktuellen Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse. Zur Aufteilung wird je Krankenkasse der jeweilige Anteil an der historischen Leistungsbedarfsmenge herangezogen. Dies bedeutet die Notwendigkeit der Umstellung des bisherigen Verfahrens, das auf einem unbereinigten Behandlungsbedarf aufsetzte und anschließend jeweils erneut für alle an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten eine Bereinigung erforderlich machte.

Aufgrund der zeitlichen Verfügbarkeit der für die Berechnung notwendigen Daten und der Notwendigkeit, dass die historischen Behandlungsbedarfs- und Leistungsbedarfsdaten demselben Zeitraum zu entnehmen sind, erfolgt die Berechnung jeweils auf Basis von Vorjahresquartalswerten im Rahmen der Quartalsabrechnung. Die dazu notwendigen Datengrundlagen sind benannt und ein Verfahren im Falle der Nichtübereinstimmung der von Krankenkassen einerseits und von Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits gelieferten Daten ist beschrieben. Die zur Berechnung notwendigen Daten sind abschließend spezifiziert. Über die Berücksichtigung der sich aus den kassenseitigen Prüfanträgen nach § 106a Abs. 4 SGB V ergebenden Korrekturen verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, um die gesetzlich geforderte Berücksichtigung sachlich-rechnerisch korrigierter Leistungsmengen für die Behandlungsbedarfsaufteilung gewährleisten zu können.

Zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse für das aktuelle Quartal ist abschließend die Fortentwicklung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V für das aktuelle Quartal notwendig und für Versichertenzahldifferenzen muss zudem ein Ausgleich in Höhe des durchschnittlichen Bereinigungsbetrags je Versicherten vorgenommen werden, um z. B. Neuzugänge einer Krankenkasse nicht nur mit dem bereinigten Durchschnittsbehandlungsbedarf zu vergüten.

Der Beschluss, Teil A, enthält zudem Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Diese Empfehlungen schreiben die bisher vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abgrenzung fort, ergänzt um die Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM und die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen. Für Leistungen und Kostenpauschalen, die erstmals zwischen dem 15. September 2012 und dem 31. Dezember 2013 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen werden, kann in Empfehlungen des Bewertungsausschusses oder in bundesmantelvertraglichen Regelungen darüber hinaus für einen befristeten Zeitraum eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung empfohlen werden.

Zur rechnerischen Berücksichtigung von Ein- und Ausdeckelungen von Leistungen in die bzw. aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird ein Verfahren vorgegeben, nach dem eine Korrektur der Behandlungsbedarfe entsprechend der Leistungsmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für die betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal erfolgt. Diese Leistungsmenge wird mit einer KV-spezifischen

Abstaffelungsquote multipliziert, sofern es sich nicht um in Euro bewertete Leistungen handelt, die hauptsächlich betroffene Arztgruppe im Vorjahresquartal weniger als 3 Prozentpunkte abgestaffelt honoriert wurde oder der Verteilungsmaßstab bei auszudeckelnden Leistungen im Vorjahresquartal bereits eine unquotierte Honorierung, z. B. aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Vorgaben oder Vorgaben der Rechtsprechung vorsah. Darüber hinaus wird geregelt, dass auch die genannten probatorischen Sitzungen unquotiert ausgedeckt werden.

Für die gezielte Förderung der Grundversorgung im fachärztlichen Bereich sowie zur Förderung der geriatrischen und palliativ-medizinischen Versorgung und der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Bereich wird von den Krankenkassen im Jahr 2013 basiswirksam ein Ausgabenvolumen in Höhe von insgesamt 250 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um mit entsprechenden EBM-Regelungen diese Förderung umzusetzen. Die Regelung zur zusätzlichen Anpassung der Aufsatzwerte gewährleistet eine entsprechende Verteilung des Gesamtausgabenvolumens auf die KV-Bezirke und Krankenkassen.

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

Abschnitt 3 des vorliegenden Beschlusses orientiert sich grundsätzlich an den Inhalten des bisher gültigen Bereinigungsbeschlusses, wobei die geänderten gesetzlichen Vorgaben im Zusammenhang mit der Ermittlung bereinigter Behandlungsbedarfe als Aufsatzwerte berücksichtigt wurden.

Zunächst werden die gemäß SGB V vorgesehenen Fälle zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und die Normadressaten benannt. Anschließend werden die im Wesentlichen aus dem bisherigen Bereinigungsbeschluss übernommenen Verfahrensgrundsätze aufgeführt. Dabei wurden Regelungen zu Fristen und Verfahrensabläufen bei der Anpassung bestehender Bereinigungsverträge auf die Neuregelungen des vorliegenden Beschlusses neu aufgenommen. Aufgrund der quartalsweisen Bestimmung der Behandlungsbedarfe gemäß Abschnitt 2 muss auch die Differenzbereinigung zukünftig quartalsweise vorgenommen werden. Für das 1. Quartal 2013 wurde, aufgrund der nicht fristgerechten Beschlussfassung, ein Übergangsverfahren festgelegt.

Erfolgt durch in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Zur Bereinigung von Versicherten mit Wohnsitz in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der jeweiligen Vertrags-KV wird den Vertragspartnern aus Vereinfachungsgründen empfohlen, zu prüfen, ob der durchschnittliche Bereinigungsbetrag der jeweiligen Neueinschreiber in der Vertrags-KV herangezogen und auf aufwändige Neuberechnungen verzichtet werden kann.

Die Vertragspartner können eine deklaratorische Bereinigung einvernehmlich vereinbaren. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. März 2013 das Nähere zur Umsetzung beschließen.

Durch den Aufsatz auf die gemäß Abschnitt 2 ermittelten bereinigten Behandlungsbedarfe müssen nur noch für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus Selektivverträgen, integrierter Versorgung und Modellversuchen Korrekturen vorgenommen werden, was den Prozess der Bestimmung der bereinigten Behandlungsbedarfe gegenüber dem bisherigen Verfahren insgesamt deutlich vereinfacht. Gleichzeitig ergibt sich dadurch eine untrennbare Verzahnung der Feststellung der bereinigten Aufsatzwerte gemäß Abschnitt 2 und der Feststellung von Differenzbereinigungen gemäß Abschnitt 3.

Wie in dem bis zum Jahr 2012 gültigen Bereinigungsverfahren erfolgt die Bereinigung für Neueinschreiber gemäß der gesetzlichen Vorgaben entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der Versicherten durch Heranziehung des dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechenden, historischen Leistungsbedarfs der betroffenen Versicherten. Dabei wird die Inanspruchnahme der Neueinschreiber im Vorjahresquartal bestimmt, die die Morbidität der Versicherten im Jahr 2013 im Gegensatz zur bisher verwendeten Inanspruchnahme im Jahr 2008 sehr gut abbildet. Dadurch ist zudem gewährleistet, dass der Behandlungsbedarf exakt um die Anteile bereinigt wird, die bei der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs für diesen Versicherten eingeflossen sind.

Für Rückkehrer aus Selektivverträgen wird die jeweils aktualisierte individuelle Bereinigungsmenge je Teilnehmer am jeweiligen Selektivvertrag dem Behandlungsbedarf wieder zugesetzt. Dadurch ist gewährleistet, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend der Morbiditätsstruktur der ehemals selektivvertraglich versorgten Versicherten erhöht wird, wenn diese Versicherten wieder in die kollektivvertragliche Versorgung zurückkehren.

Die Vorgaben zur Bereinigung bei Verträgen mit situativer Teilnahme von Versicherten entsprechen ebenfalls weitgehend den bisherigen Bereinigungsbeschlüssen, allerdings wurde konkretisiert, dass die Differenzbereinigungsmenge auf Basis der im Vorjahresquartal beobachteten Inanspruchnehmerzahl zu schätzen ist.

Schließlich werden die der Bereinigung zugrundeliegenden Datenlieferungen beschrieben. Dabei werden Datenlieferungen auf Landesebene sowie bei nicht vertragsgemäßer Inanspruchnahme des Kollektivvertrags geregelt. Für die erstgenannte Datenlieferung wird in der Anlage zum Beschluss, Teil A, die notwendige Datenschnittstelle vorgegeben. Diese entspricht weitgehend den für Bereinigungen bis zum Jahr 2012 beschlossenen Datenlieferungen, wobei die Beschränkung auf Neueinschreiber und Rückkehrer das jeweilige Datenvolumen und somit auch den jeweiligen Prüfaufwand erheblich reduzieren wird. Zudem konnten aufgrund der Umstellung auf eine quartalsweise Berechnung einige Hochrechnungsschritte für unterjährige Versicherte entfallen und die Fehlerersatzverfahren vereinfacht werden, was die Erstellung der benötigten Datengrundlagen für die Krankenkassen und deren Prüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt deutlich vereinfacht und die benötigte Prüfzeit verkürzt. Aufgrund des Vorjahresquartalsbezugs steigt außerdem der Anteil der heran-

gezogenen Echtdaten und der Anteil notwendiger Fehlwertersatzverfahren für Wohnort- und Kassenwechsler sinkt.

Zu den entsprechenden Datenübermittlungen an das Institut des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3f SGB V wird der Bewertungsausschuss im ersten Quartal des Jahres 2013 gesondert beschließen.

Mit Abschnitt 3.10 wird die Weiterführung der Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge beim Institut des Bewertungsausschusses beschlossen.

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

In Abschnitt 4 wird für die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V angekündigt, dass bei Vorliegen der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 116b Abs. 4 SGB V rechtzeitig ein Bereinigungsverfahren für das Jahr 2013 vorzugeben ist.

5. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.

Teil B

zur Änderung der Lieferfristen in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus seiner 273. und 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V und § 87a Abs. 6 SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 273. und 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) Beschlüsse zu Datenlieferungen an das Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses für seine gesetzlich vorgesehenen Aufgaben bzw. zu Datenlieferungen von der Bundesebene an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V für die Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V gefasst. Diese Beschlüsse werden hinsichtlich einiger Lieferfristen geändert.

2. Regelungsinhalte

Die bisher jährlich bis zum 10. August für alle vier Quartale des Vorjahres an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zu liefernden Daten der kassenseitigen Rechnungslegung in den Satzarten KASSRG87aMGV_SUM und KASSRG87aMGV_IK werden auf eine quartalsweise Lieferung an die regionalen Vertragspartner bis zum 10. des achten auf ein Quartal folgenden Monats umgestellt und alle damit verbundenen Liefertermine entsprechend angepasst. Für die Daten des ersten Quartals 2012 werden aufgrund der benötigten Vorlaufzeit abweichende Fristen festgelegt.

Zudem werden die bisher jährlich bis zum 20. Juli für alle vier Quartale des Vorjahres an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zu liefernden Daten der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK auf eine quartalsweise Lieferung bis zum 20. des siebten auf ein Quartal folgenden Monats umgestellt und alle damit verbundenen Liefertermine entsprechend angepasst. Für die Daten des ersten Quartals 2012 werden aufgrund der benötigten Vorlaufzeit abweichende Fristen festgelegt.

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V erfolgen die Berechnungen der Behandlungsbedarfe eines Quartals ab dem ersten Quartal 2013 mit den Daten der arztseitigen und kassenseitigen Rechnungslegung des Vorjahresquartals. Durch die Änderung der Lieferfristen liegen diese Vorjahresquartalsdaten den regionalen Vertragspartnern

künftig jeweils bis zum 10. des Vormonats eines jeden Abrechnungsquartals vor, wodurch Verzögerungen bei der Durchführung der Berechnungen und der Erstellung der kassenseitigen Rechnungslegungen für die Abrechnungsquartale ab dem ersten Quartal 2013 vermieden werden.

3. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.