

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022

Teil A

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen mit Wirkung zum 1. Juli 2021

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zur bisher erfolgten Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V beschlossen. Auf Grundlage des beschlossenen Verfahrens werden die sogenannten Korrekturbeträge für die TSVG-Konstellationen Neupatienten sowie Offene Sprechstunde ermittelt. Die Korrekturbeträge bilden die Höhe der Leistungsmengen ab, um die die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen basiswirksam zusätzlich zum bisher erfolgten Bereinigungsvolumen nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen sind. Die Korrekturbeträge werden quartalsweise für den Korrekturzeitraum der Quartale 3/2021 bis 4/2022 berechnet und jeweils durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses bekannt gegeben.

In Abschnitt 2 wird die Abgrenzung der MGV-Leistungen für das Korrekturverfahren festgelegt. Hiernach sind in den Berechnungen die Leistungsmengen aller Leistungen mit dem Anteil zu berücksichtigen, mit dem diese in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im zweiten Quartal 2021 innerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung vergütet werden. Darüber hinaus werden TSVG-Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummern 3 bis 6 SGB V wie innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen behandelt. Bei der Bestimmung der Leistungsmenge für Neupatienten werden gemäß Abschnitt 2.1 die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 25 und 32 des EBM sowie des Abschnitts 40.15 des EBM nicht als MGV-Leistungen berücksichtigt, da diese nicht im Kontext der TSVG-Regelungen abrechenbar sind bzw. die Leistungen der Strahlentherapie ab dem Jahr 2023 wieder extrabudgetär vergütet werden sollen. Bei der Bestimmung der MGV-Leistungsmenge zum Zweck der Hochrechnung werden hingegen gemäß Abschnitt 2.2 die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 des EBM sowie die als coronabedingter nicht vorhersehbarer Anstieg gekennzeichneten und dann mit der MGV verrechneten Leistungen grundsätzlich als MGV-Leistungen berücksichtigt.

In Abschnitt 3 werden die Datengrundlagen für das Korrekturverfahren beschrieben. Dem Institut des Bewertungsausschusses liegen mit den Routinedatenlieferungen nicht alle für die Berechnung notwendigen Daten vor, daher wurden mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zusätzliche anlassbezogene Datenlieferungen beschlossen.

In Abschnitt 4 wird die Ermittlung des KV- und quartalsspezifischen Anteils der insgesamt zu bereinigenden Netto-MGV-Leistungsmengen der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (Neupatienten) an der MGV-Leistungsmenge festgelegt. Die Ermittlung dieser Anteile erfolgt KV- und quartalsspezifisch auf Grundlage von Abrechnungsdaten insbesondere des Jahres 2018.

Die Festlegungen zur Abgrenzung von Arztgruppenfällen von Neupatienten finden sich in Abschnitt 4.1. Insbesondere wird dort beschrieben, welche Praxen bei der Ermittlung der sogenannten Neupatientenfälle in den Berechnungen nicht berücksichtigt werden, da sie als Neupraxen gelten und somit keine Neupatienten als solche kennzeichnen. In Abschnitt 4.2 wird die Datengrundlage für die Berechnungen des Abschnitts 4 spezifiziert. In Abschnitt 4.3 wird beschrieben, wie die MGV-Leistungsmenge (brutto) für Neupatienten in den Quartalen des Jahres 2018 bestimmt wird.

Da die in Abschnitt 4.1.3 Satz 2 beschriebene Abgrenzung der Neupraxen dazu führen kann, dass zu viele oder zu wenige Arztpraxen als Neupraxen identifiziert werden, wird unter Abschnitt 4.4 eine Korrektur der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten vorgenommen. Für diese Korrektur werden zum einen die Praxisinformationen der anlassbezogenen Sonderdatenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Quartale 4/2019 und 4/2018 und zum anderen die Kennzeichnung der TSVG-Konstellation Neupatient im Quartal 4/2019 in der Satzart 210A_TSVG herangezogen. Die Korrektur erfolgt über einen KV-spezifischen Faktor, der sich aus dem Verhältnis der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten in Abgrenzung der Praxisinformationen aus der Sonderdatenlieferung und der Satzart 210A_TSVG einerseits und der MGV-

Leistungsmenge für Neupatienten aus der gemäß Abschnitt 4.1.3 Satz 2 bestimmten Abgrenzung andererseits ergibt.

In Abschnitt 4.5 wird eine weitere Korrektur der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten vorgenommen. Um eine doppelte Bereinigung derjenigen MGV-Leistungen für Neupatienten zu vermeiden, die bereits im Rahmen der TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall bereinigt worden sind, wird in Abschnitt 4.5 der Anteil der MGV-Leistungen für Neupatienten bestimmt, der im Rahmen der aufgezählten TSVG-Konstellationen abgerechnet wurde. Der ermittelte Anteil wird entsprechend in Abzug gebracht. Die Berechnungen gemäß Abschnitt 4.5 werden auf Grundlage der Satzart 210A_TSVG für das Quartal 4/2019 durchgeführt.

Die gemäß den Abschnitten 4.1 bis 4.5 ermittelten KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) für Neupatienten werden in den Abschnitten 4.6 und 4.7 in KV- und quartalsspezifische Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten umgerechnet. In Abschnitt 4.6 wird beschrieben, wie die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten auf Grundlage der AUSZQ-Daten für die Quartale 3/2019 bis 3/2020 berechnet werden. Darüber hinaus wird erläutert, wie die Wachstumsfaktoren zur Fortschreibung dieser Auszahlungsquoten in das Vorjahresquartal des Korrekturquartals ermittelt werden. Diese fortgeschriebenen Auszahlungsquoten werden KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifisch mit der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten multipliziert. Die so ermittelten TSVG-arztgruppenspezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten werden KV- und quartalsspezifisch summiert.

Der Abschnitt 4 endet mit der in Abschnitt 4.9 dargestellten Ermittlung der KV- und quartalsspezifischen Anteile der Netto-MGV-Leistungsmenge für Neupatienten an der gesamten MGV-Leistungsmenge (brutto). Wie die gesamte MGV-Leistungsmenge (brutto) ermittelt wird, steht in Abschnitt 4.8.

In Abschnitt 5 wird die Ermittlung des KV-übergreifenden Anteils der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V (Offene Sprechstunden) an der MGV-Leistungsmenge geregelt. In den Abschnitten 5.1 bis 5.3 wird dargestellt, wie zunächst für die Quartale 3/2019 bis 3/2020 KV- und quartalsspezifisch das Verhältnis des Bereinigungsvolumens im ursprünglichen Bereinigungszeitraum zur zugehörigen MGV-Leistungsmenge berechnet wird. Für das dritte Quartal wird abweichend aus den Quartalen 3/2019 und 3/2020 die Summe der Bereinigungsvolumina und der Durchschnitt der MGV-Leistungsmengen verwendet. Aus diesen insgesamt 68 Werten (Werte für 17 Kassenärztliche Vereinigungen in vier Quartalen) wird, wie in § 87a Abs. 3 Satz 12 SGB V vorgegeben, der höchste Wert ausgewählt. Dieses Verhältnis wird als maximale Ausschöpfungsquote bezeichnet.

Da in offenen Sprechstunden auch Neupatienten behandelt werden können und deren MGV-Leistungsmenge bereits in Abschnitt 4 berücksichtigt wird, wird in Abschnitt 5.4 für den KV-Bezirk und das Quartal der maximalen Ausschöpfungsquote der Anteil der MGV-Leistungsmenge von Neupatienten in offenen Sprechstunden an der MGV-Leistungsmenge aller Versicherten in offenen Sprechstunden ermittelt. Gemäß Abschnitt 5.5 wird dieser Anteil von der in Abschnitt 5.3 ermittelten maximalen Ausschöpfungsquote abgezogen. Der so ermittelte Wert stellt KV-übergreifend den Anteil der zu bereinigenden MGV-Leistungsmenge für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde an der MGV-Leistungsmenge insgesamt dar.

In den Abschnitten 6 bis 8 wird beschrieben, wie die in den Abschnitten 4 und 5 ermittelten Anteile der Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten und offene Sprechstunde verwendet werden, um die KV-spezifischen Korrekturbeträge für die sechs Korrekturquartale 3/2021 bis 4/2022 zu bestimmen.

In Abschnitt 6 wird die Berechnung der zu bereinigenden KV-spezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde für das jeweilige Vorjahresquartal des Korrekturquartals beschrieben. In einem ersten Schritt werden die ermittelten Anteile der Netto-MGV-Leistungsmenge mit der MGV-Leistungsmenge des jeweiligen Korrekturquartals multipliziert. In einem zweiten Schritt werden diese Werte auf das Niveau des Vorjahresquartals des jeweiligen Korrekturquartals umgerechnet.

Mit Abschnitt 7 wird die Ermittlung des auf das Vorjahresquartal des Korrekturquartals fortentwickelten KV- und quartalsspezifischen Volumens der bereits erfolgten Bereinigung für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde festgelegt.

In Abschnitt 8 schließlich wird beschrieben, wie die Korrekturbeträge aller Korrekturquartale als Differenz aus den zu bereinigenden Netto-MGV-Leistungsmengen gemäß Abschnitt 6 und der bereits erfolgten Bereinigung in den Vorjahresquartalen der Korrekturquartale gemäß Abschnitt 7 berechnet werden. Negative Differenzen werden KV- und korrekturquartalspezifisch auf null gesetzt.

In Abschnitt 9 wird geregelt, dass der KV-spezifische Korrekturbetrag gemäß Abschnitt 8 am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Korrekturquartals gemäß Nummer 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen basiswirksam in Abzug gebracht wird. Damit entspricht die Aufteilung der auf Gliederungsebene der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmten Korrekturbeträge auf die einzelnen Krankenkassen genau dem bereits für die Aufteilung der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung des Vorjahresquartals in einem KV-Bezirk angewendeten Aufteilungsschlüssel.

In Abschnitt 10 wird das Institut des Bewertungsausschusses mit den Berechnungen der Korrekturbeträge beauftragt und der weitere Zeitplan festgelegt. Das Institut des Bewertungsausschusses bestimmt gemäß Abschnitt 10.1 die Anteile gemäß den Abschnitten 4 und 5 bis zum 31. Januar 2022. Außerdem bestimmt das Institut des Bewertungsausschusses gemäß Abschnitt 10.2 für jedes Korrekturquartal die Korrekturbeträge gemäß Abschnitt 8 und legt der AG Aufsatzwerte des Bewertungsausschusses seine Ergebnisse spätestens am 22. Tag des sechsten auf das Korrekturquartal folgenden Monats vor. Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß Abschnitt 10.3 die KV-spezifischen Korrekturbeträge jeweils bis zum Ende des sechsten auf das Korrekturquartal folgenden Monats.

In Abschnitt 11 wird festgelegt, dass zur Gewährleistung eines quartalsgleichen Abzugs der Bereinigungsmengen in der kassenseitigen Rechnungslegung die Kassenärztlichen Vereinigungen vorab die Netto-MGV-Leistungsmenge im Korrekturquartal analog zu Abschnitt 8 ermitteln und darauf die vom Institut des Bewertungsausschusses berechneten und gemäß Abschnitt 10.1 vorgelegten Anteilswerte aus Abschnitt 6 lit. a anwenden. Differenzen zwischen diesen Vorabberechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses sind im Folgequartal nachträglich zu berücksichtigen. Sämtliche vorgenommene Korrekturen sind im Formblatt 3 bzw. bei der Rechnungslegung auszuweisen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Rechtsgrundlage

Gemäß Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V fünf unterschiedliche Konstellationen aufgeführt, für die eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen ist (TSVG-Konstellationen). Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen in Zusammenhang mit der Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V hat der Bewertungsausschuss in Beschlussteil B des Beschlusses aus seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch den Beschluss aus der 559. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), den Umfang der extrabudgetären Vergütung konkretisiert.

2. Regelungsinhalte

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die in Nr. 6 des genannten Beschlussteils B aus der 439. Sitzung enthaltene Definition eines Neupatienten hinsichtlich der Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst konkretisiert. Dazu wird mit Wirkung zum 1. Januar 2022 vorgegeben, dass eine alleinige Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 nicht zu einer Einstufung als Neupatient führt. Ebenso werden Behandlungen im Bereitschafts- und Notdienst in den acht vorhergehenden Quartalen nicht als Vorbehandlung berücksichtigt. Dies entspricht dem für die Umsetzung des Korrekturverfahrens gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V in Beschlussteil A gewählten Vorgehen und stellt zukünftig Konsistenz hierzu her.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung, der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie der pseudonymisierten Betriebsstättennummern von Neu- und Bestandspraxen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V zur Umsetzung der TSVG-Bereinigungskorrektur gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 ff. SGB V i. d. F. des TAMG mit Wirkung zum 10. November 2021

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zu den zur Umsetzung des TSVG-Bereinigungskorrekturverfahrens notwendigen zusätzlichen Datenlieferungen nach § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V getroffen.

In diesem Beschluss wurden Sonderregelungen für zwei Kassenärztliche Vereinigungen dokumentiert.

2. Regelungsinhalte

Der vorliegende Beschluss aktualisiert die Sonderregelungen des Beschlusses der 577. Sitzung. Diese Regelungen sind nur noch für genau eine Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. Der Beschlusstext und die Anlage werden dahingehend angepasst.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt zum 10. November 2021 in Kraft.