

**Vereinbarung zur Abwicklung der Finanzierung des Gemeinsamen
Bundesausschusses (§ 91 SGB V), des Instituts für Qualität und
Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V) und des Insti-
tuts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
(§ 139a SGB V)**

(Anlage 19 BMV-Ä)

zwischen

dem **GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K. d. ö. R., Ber-
lin,

– einerseits –

und

der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, K. d. ö. R., Berlin

– andererseits –

Inhalt

Präambel..... 3

§ 1 Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung 3

§ 2 Abschlagszahlungen und endgültige Abrechnung 3

§ 3 Grundsatz der Zahlungsweise 3

§ 4 Ermittlung und Bekanntgabe der Höhe des Zuschlags je Fall..... 4

§ 5 Ermittlung und Bekanntgabe der Zahlungsbeträge 4

§ 6 Verfahren zur Übermittlung der Zahlungsbeträge an die Geschäftsstelle des
Gemeinsamen Bundesausschusses..... 4

§ 7 Zahlungsverzug 4

§ 8 Haftungsausschluss 5

§ 9 Nachweis der Berechnungen..... 5

§ 10 Inkrafttreten 5

Präambel

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfolgt entsprechend § 91 Abs. 3 SGB V bzw. § 137a Abs. 8 SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 87a SGB V um einen entsprechenden Vomhundertsatz. Die Anteile der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Hierzu vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung – im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss – folgende Vorgehensweise.

§ 1 Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Der Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ergibt sich aus dem halben Gesamtansatz des Haushaltsplans des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V), des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V) multipliziert mit dem prozentualen Anteil der Fälle in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung an allen in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung behandelten Fälle des Vorvorjahres des zu finanzierenden Haushaltsjahres (Aufsatzjahr). Die Anzahl der Fälle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelten Daten zur kassenseitigen Rechnungslegung gemäß Formblatt 3 aller Krankenkassen (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung). Der Lieferstand der herangezogenen Daten zur kassenseitigen Rechnungslegung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dokumentiert; nachträgliche Änderungen bleiben unberücksichtigt.

§ 2 Abschlagszahlungen und endgültige Abrechnung

Die nachfolgenden Regelungen gelten mit der Maßgabe, dass für das jeweilige Haushaltsjahr eine endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) auf Grundlage der Fallzahlen des jeweiligen Haushaltsjahres durchgeführt wird. Bis zur Spitzabrechnung werden für das Haushaltsjahr jeweils die Fallzahlen des Vorvorjahres (Aufsatzjahr) verwendet. Die Verrechnung des sich aus der Spitzabrechnung ergebenden Zahlungsbetrages je Krankenkasse erfolgt mit den im zweiten auf das Haushaltsjahr folgenden Jahres zu leistenden Zahlungen für das 1. und 2. Quartal.

§ 3 Grundsatz der Zahlungsweise

Der Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird als Zuschlag je Fall des Aufsatzjahres gezahlt. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V zu finanzieren.

§ 4 Ermittlung und Bekanntgabe der Höhe des Zuschlags je Fall

Die Höhe des Zuschlags je Fall wird von der Kassenärztliche Bundesvereinigung ermittelt und den Kassenärztlichen Vereinigungen bis spätestens zum 01.01. eines Haushaltsjahres per Rundschreiben bekannt gegeben. Zur Ermittlung des Betrages je Fall wird der gemäß § 1 festgestellte Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Summe der zu berücksichtigenden Fälle gemäß Formblatt 3 (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung) aller Krankenkassen dividiert.

§ 5 Ermittlung und Bekanntgabe der Zahlungsbeträge

Die Zahlungsbeträge werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung je Krankenkasse ermittelt. Sie ergeben sich für jede Krankenkasse aus der Multiplikation der Anzahl der je Kalendervierteljahr des Aufsatzjahres bei allen Versicherten der Krankenkasse aufgetretenen Fälle gemäß Formblatt 3 (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung) mit dem gemäß § 4 ermittelten und bekannt gegebenen Zuschlag je Fall. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen per Rundschreiben die Anzahl der Fälle gemäß Formblatt 3 (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung) des Aufsatzjahres und die ermittelten Zahlungsbeträge je Krankenkasse nach Zuordnung gemäß Kassensitz bekannt.

§ 6 Verfahren zur Übermittlung der Zahlungsbeträge an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Krankenkassen die Zahlungsbeträge für das 1. und 2. Quartal bis spätestens zum 10.01. des Haushaltsjahres und für das 3. und 4. Quartal bis spätestens zum 10.09. des Haushaltsjahres in Rechnung. Bei bundesunmittelbaren Ersatzkassen erfolgt die Rechnungsstellung ausschließlich durch die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Ersatzkasse ihren Sitz hat. Die Rechnungsstellung enthält mindestens die im Anhang enthaltenen Angaben. Die Zahlungsbeträge werden von den Krankenkassen für das 1. und 2. Quartal bis spätestens zum 31.01. des Haushaltsjahres und für das 3. und 4. Quartal bis spätestens zum 30.09. des Haushaltsjahres an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat, bezahlt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen leiten die Summe der erfolgten Zahlungen für das 1. und 2. Quartal bis spätestens zum 10.02. des Haushaltsjahres und für das 3. und 4. Quartal bis spätestens zum 10.10. des Haushaltsjahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutsche Apotheker- und Ärztebank; IBAN: DE52300606011501418378, BIC: DAAEDE-DDXXX) weiter. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Zahlungen für das 1. und 2. Quartal bis spätestens zum 25.02. des Haushaltsjahres und für das 3. und 4. Quartal bis spätestens zum 25.10. des Haushaltsjahres an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter.

§ 7 Zahlungsverzug

Ist bis zum 3. Tag nach dem Zahlungstermin die Zahlung einer Krankenkasse nicht oder nur teilweise bei der rechnungsstellenden Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen, so erinnert die Kassenärztliche Vereinigung an die Zahlung bei Benennung eines neuen Zahlungstermins. Der zusätzliche Aufwand wird von der in Verzug stehenden Krankenkasse mit einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5 Euro erstattet. Zahlt die Krankenkasse bis zum neu gesetzten Zahlungstermin nicht, übernimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung das weitere Mahnverfahren und den Zahlungs-

einzug; die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die notwendigen Informationen zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband wird hierüber informiert. Die Krankenkasse erstattet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung je Zahlungserinnerung eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5 Euro.

§ 8 Haftungsausschluss

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übernimmt keine Haftung für den Zahlungsverzug seitens der Krankenkassen. Sollten sich aus der Art und Weise der Finanzierung für die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Kassenärztlichen Vereinigungen steuerliche Folgen ergeben, übernehmen die Vertragspartner auf der Kostenträgerseite den eventuellen Aufwand durch nachträgliche Zahlung entsprechend dem Finanzierungsmodus.

§ 9 Nachweis der Berechnungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband die für die Ermittlungen gemäß § 4 verwendeten Berechnungsgrundlagen zur Verfügung.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung zur Abwicklung der Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V) (Anlage 19 BMV-Ä), in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert mit Wirkung zum 1. Januar 2015.

Anhang

Muster für die Rechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen zur Zahlung der Beträge für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V), des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V)

Zahlungen gemäß Anlage 19 BMV-Ä

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre Krankenkasse ergeben sich nach § 5 der Anlage 19 BMV-Ä folgende Zahlungsbeträge:

Den Zahlungsbetrag für das 1. und 2. Quartal _____ in Höhe von _____ EUR bitten wir bis zum _____,

den Zahlungsbetrag für das 3. und 4. Quartal _____ in Höhe von _____ EUR bitten wir bis zum _____

auf das

Konto/IBAN:
Bankleitzahl/BIC:

bei der _____ zu überweisen.

Mit freundlichen Grüßen