

TEIL C

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V

mit Wirkung zum 11. Mai 2019

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V. Die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) sind unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals begrenzt auf vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums zu bereinigen.

1. Bereinigungszeitraum

Die einmalige basiswirksame Bereinigung erfolgt für die TSVG-Konstellation TSS-Terminfall in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020, für die TSVG-Konstellation Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt in den Quartalen 3/2019 bis 2/2020, für die TSVG-Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020 und für die TSVG-Konstellation TSS-Akuttfall in den Quartalen 1/2020 bis 4/2020.

2. Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind diejenigen sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung des aktuellen Quartals vom Arzt abgerechnet, als eine TSVG-Konstellation entsprechend gekennzeichnet und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie beispielsweise die Zuschläge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V, sind nicht zu bereinigen. Ebenfalls nicht zu bereinigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz

(gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

3. Bestimmung der zugrunde zu legenden relevanten Leistungsmengen

Für jede Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe wird quartalsweise die Summe der gemäß Nr. 2 gekennzeichneten Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk über alle im jeweiligen Quartal gemäß Nr. 1 bereinigungsrelevanten TSVG-Konstellationen je Krankenkasse ermittelt.

4. Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals

Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten werden in der Gliederung der Arztgruppen nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe bestimmt als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals, jeweils in der Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals.

5. Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die gemäß Nr. 4 bestimmten Quoten gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Hierzu wird der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2019 einen Beschluss gemäß § 87a Abs. 6 SGB V zu einer zusätzlichen Datenlieferung zu Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und differenziert in der Abgrenzung der der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits fassen.

6. Ermittlung der Bereinigungsmengen

Durch Multiplikation der jeweiligen gemäß Nr. 3 bestimmten Summe der gemäß Nr. 2 gekennzeichneten relevanten Leistungsmengen mit der gemäß Nr. 4 bestimmten entsprechenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals ergibt sich der Bereinigungsbetrag in Euro. Durch Division mit dem jeweils zutreffenden

regionalen Punktwert des aktuellen Quartals ergibt sich die Bereinigungsmenge in Punkten. Diese wird in den Quartalen 3/2019 bis 4/2020 vom Behandlungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks nach der Umsetzung der Rechenschritte in Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, oder entsprechender Folgebeschlüsse abgezogen.

Protokollnotiz:

Zur Ermöglichung kassenseitiger Prüfungen und Plausibilisierungen verständigen sich die Partner der Gesamtverträge, ob eine Anpassung der Zahlungsfrist der Gesamtvergütung und der Höhe der dafür zu leistenden Abschlagszahlungen notwendig ist.

Entscheidungserhebliche Gründe

TEIL C

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 Teil C zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V mit Wirkung zum 11. Mai 2019

1. Rechtsgrundlage

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) ist gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V genannten Leistungen (TSVG-Konstellationen) unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss beschließt mit dem vorliegenden Beschluss Teil C Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Umsetzung dieser Bereinigung.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst werden die für die einzelnen TSVG-Konstellationen anzuwendenden Bereinigungszeiträume mit Ausnahme der TSVG-Konstellation TSS-Terminfall als die jeweils vier ersten vollständigen Quartale nach Inkrafttreten der jeweiligen Regelung festgelegt. Für die TSVG-Konstellation TSS-Terminfall wurde der Bereinigungszeitraum um ein Quartal versetzt auf den Zeitraum vom Quartal 4/2019 bis zum Quartal 3/2020 festgelegt.

Sodann wird festgelegt, dass für diese Quartale jeweils die für das Quartal mit einer entsprechenden TSVG-Konstellations-Kennzeichnung abgerechneten, sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen zu bereinigen sind, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Zu bereinigen sind ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Die entsprechenden Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung sind je Krankenkasse nach dem

Wohnortprinzip in der Gliederung des zweistelligen Fachgruppencodes gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe aufzusummieren. Damit wird eine für alle Krankenkassen, KV-Bezirke und sowohl bereichseigene als auch bereichsfremde Leistungen einheitliche und transparente Gliederung vorgegeben, die zudem sehr einfach und eindeutig aus der jeweiligen lebenslangen Arztnummer umgesetzt werden kann.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V sind die auf diese Leistungsmengen anzuwendenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals zu bestimmen. Der Bewertungsausschuss gibt vor, dass auch hier die Gliederung der Arztgruppen nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe sowie die Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals anzuwenden ist. Damit wird die Konsistenz der Quoten zu den zu bereinigenden Leistungen sichergestellt. Der Nachweis dieser Quoten gegenüber den Krankenkassen soll durch anlassbezogene Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V erfolgen, zu denen der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2019 das Nähere beschließen wird. Diese Datenlieferungen werden die Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und - zur Verbesserung der Plausibilisierungsmöglichkeiten - eine Differenzierung nach den der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits umfassen.

Die mit den Auszahlungsquoten multiplizierten zu bereinigenden Leistungsmengen sind außerdem noch durch den jeweiligen regionalen Punktwert des aktuellen Quartals zu dividieren, um die Bereinigungsmenge in Punkten zu erhalten. Diese ist aufgrund der retrospektiven Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmengen im Rahmen der Aufsatzwertberechnung nach der Umsetzung der Rechenschritte in Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in Abzug zu bringen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt mit Wirkung zum 11. Mai 2019 in Kraft.