

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 341. Sitzung am 17. Dezember 2014**

**zur Anpassung des Beschlusses in seiner 127. Sitzung
(Beschlussenteil E) zur Finanzierung des Instituts des Bewer-
tungsausschusses sowie beauftragter Dritter nach § 87
Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschus-
ses nach § 87 Abs. 3 f SGB V gemäß § 87 Abs. 3 e Nr. 2 SGB V
mit Wirkung zum 1. Januar 2014**

Anpassung der Finanzierungsregelung

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 127. Sitzung zur Finanzierung des Instituts, der Datenstelle und beauftragter Dritter (Beschlussenteil E) beschlossen. Aufgrund von zwischenzeitlich erfolgten gesetzlichen Änderungen sowie Anpassungen im Gesellschaftsvertrag des Instituts des Bewertungsausschusses sind Anpassungen erforderlich, die mit diesem Beschluss erfolgen.

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 127. Sitzung (Beschlussenteil E) zur Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses sowie beauftragter Dritter nach § 87 Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V gemäß § 87 Abs. 3 e Nr. 2 SGB V die folgenden Regelungen:

Präambel

Gemäß § 87 Abs. 3 c SGB V erfolgt die Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses sowie beauftragter Dritter nach § 87 Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 a SGB V zu finanzieren. Der Bewertungsausschuss bestimmt das Nähere zur Erhebung des Zuschlags durch Beschluss einer Finanzierungsregelung gemäß § 87 Abs. 3 e SGB V.

Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss folgende Vorgehensweise.

§ 1 Finanzierungsvolumen

Das Finanzierungsvolumen ergibt sich aus

- a) der Festlegung zu den Planausgaben des Haushalts des Instituts des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 b SGB V durch die Gesellschafterversammlung einschließlich der Kosten der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V und
- b) der Höhe des Finanzierungsvolumens für die Beauftragung eines Dritten nach § 87 Abs. 3 b SGB V außerhalb der Planausgaben zu a) gemäß Vertrag mit dem Dritten.

§ 2 Finanzierung und Spitzabrechnung

(1) Die Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses erfolgt nach dem Kostendeckungsprinzip durch einen Systemzuschlag gem. § 87 Abs. 3 c SGB V. Die Mittel aus dem Systemzuschlag sind Zahlungen der Krankenkassen, die dem Institut des Bewertungsausschusses als Haushaltsmittel für die Aufgabenerledigung zur Verfügung gestellt werden. Nicht verbrauchte Haushaltsmittel werden zur Finanzierung des Folgehaushaltes verwendet, um den Systemzuschlag im Folgejahr zu reduzieren.

(2) Über- oder außerplanmäßige Ausgaben des Instituts des Bewertungsausschusses werden ebenfalls über den Systemzuschlag finanziert.

(3) 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 Vorjahres (Aufsatzjahr) verwendet. Die Verrechnung der sich aus der Spitzabrechnung

ergebenen Zahlungsbeträge je Krankenkasse erfolgt mit den im 1. Quartal des zweiten auf das Haushaltsjahr folgenden Jahres zu leistenden Zahlungen.

(4) Ergeben sich aus der Vergabe von Aufträgen an Dritte gemäß § 87 Abs. 3 b SGB V zusätzliche Kosten außerhalb der Planausgaben nach § 1a), sind diese ebenfalls durch einen Systemzuschlag zu finanzieren.

§ 3 Grundsatz der Zahlungsweise

Das gemäß § 1 festgelegte Finanzierungsvolumen wird als Zuschlag je Fall des Aufsatzjahres gezahlt, wobei der Zuschlag von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 a SGB V zu finanzieren ist.

§ 4 Ermittlung und Bekanntgabe der Höhe des Zuschlags je Fall

Die Höhe des Zuschlags je Fall gemäß § 3 wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelt und im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses vereinbart. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die Höhe des Zuschlags je Fall gemäß § 3 für das jeweilige Haushaltsjahr per Rundschreiben bekannt. Zur Ermittlung des Zuschlags je Fall wird das gemäß § 1 festgelegte Finanzierungsvolumen durch die Summe der gemäß § 3 zu berücksichtigenden Fälle nach Formblatt 3 (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung) aller Krankenkassen dividiert.

§ 5 Ermittlung der Zahlungsbeträge je Krankenkasse

Die Zahlungsbeträge je Krankenkasse werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelt. Sie ergeben sich quartalsweise für jede Krankenkasse aus der Multiplikation der Anzahl der je Kalendervierteljahr des Aufsatzjahres bei allen Versicherten der Krankenkasse aufgetretenen Fälle nach Formblatt 3 (Kontenart 400, Ärztliche Behandlung) mit dem gemäß § 4 ermittelten und bekannt gegebenen Zuschlag je Fall. Die Zahlungsbeträge werden von den Krankenkassen nach Rechnungsstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 6 bis spätestens zum letzten Tag des ersten Monats eines Kalendervierteljahres quartalsweise an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat, bezahlt.

§ 6 Mitteilung der Zahlungsbeträge je Kassenärztlicher Vereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Anzahl der Fälle je Kalendervierteljahr des Aufsatzjahres der Versicherten der Krankenkassen und die Zahlungsbeträge gemäß § 5 nach Zuordnung gemäß Kassensitz je Krankenkasse per Rundschreiben mit. Die Kassenärztlichen Verei-

nigungen stellen die Zahlungsbeträge je Krankenkasse bis spätestens zum 10. des ersten Monats eines Kalendervierteljahres der jeweiligen Krankenkasse 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 auf dem in Anlage 1 enthaltenen Muster dargestellten Angaben. Die Summe der erfolgten Zahlungen aller Krankenkassen mit Sitz im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung leiten die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis spätestens zum 10. des zweiten Monats eines Kalendervierteljahres weiter.

§ 7 Übermittlung der Zahlungsbeträge an das Institut des Bewertungsausschusses

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die gemäß § 6 von den Kassenärztlichen Vereinigungen für das Institut des Bewertungsausschusses einschließlich der Kosten für die Datenstelle erfolgten Zahlungen je Kalendervierteljahr bis spätestens zum 25. des zweiten Monats eines Kalendervierteljahres an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

§ 8 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 Zahlungseinzug; 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.

§ 9 Haftungsausschluss

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übernimmt keine Haftung für 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.

§ 10 Nachweis der Berechnungen

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

Anlage 1

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner
341. Sitzung am 17. Dezember 2014 zur Anpassung des
Beschlusses in seiner 127. Sitzung (Beschlussenteil E) zur Finan-
zierung des Instituts des Bewertungsausschusses sowie beauf-
tragter Dritter nach § 87 Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle
des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V gemäß
§ 87 Abs. 3 e Nr. 2 SGB V**

Zahlungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 e SGB V zur Finanzierung des Institutes sowie beauftragter Dritter nach § 87 Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3 e SGB V zur Finanzierung des Institutes, beauftragter Dritter und der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgt die Finanzierung auf Grundlage der von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelten Fälle der Formblätter-3.

Für Ihre Krankenkasse ergeben sich nach § 5 der Vereinbarung folgende Zahlungsbeiträge.

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

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

Den Zahlungsbetrag für das **3. Quartal** _____ in Höhe von _____ EUR bitten wir **bis zum** _____,

sowie

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

auf das

Konto/IBAN:
Bankleitzahl/BIC:

bei der _____ zu überweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 341. Sitzung am 17. Dezember 2014 zur Anpassung des Beschlusses in seiner 127. Sitzung (Beschlussenteil E) zur Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses sowie beauftragter Dritter nach § 87 Abs. 3b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3f SGB V gemäß § 87 Abs. 3e Nr. 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2014

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Abs. 3 c SGB V erfolgt die Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulanten Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Vergütung. Nach § 87 Abs. 3 e Nr. 2 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss eine Finanzierungsregelung, in der das Nähere zur Erhebung des Zuschlags bestimmt ist. Für die Finanzierung der Datenstelle nach § 87 Abs. 3 f SGB V gilt § 87 Abs. 3 c und Abs. 3 e SGB V entsprechend.

2. Regelungshintergrund

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 127. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in Beschlussenteil E zur Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses sowie beauftragter Dritter nach § 87 Abs. 3 b SGB V und der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 f SGB V gemäß § 87 Abs. 3 e Nr. 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2007 beschlossen. Die zwischenzeitlich erfolgten Gesetzesänderungen des § 87 und § 87a SGB V machte die Anpassung des Gesellschaftsvertrages des Instituts des Bewertungsausschusses erforderlich. Diese wurde im Juli 2013 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband als Gesellschafter des Instituts des Bewertungsausschusses vorgenommen. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die Anpassung der vom Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2007 beschlossenen Finanzierungsregelung notwendig.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Bezüge zu den Paragrafen des SGB V in der Finanzierungsregelung an die aktuelle Gesetzeslage angepasst. Gleichzeitig werden die durch die zwischenzeitlichen Gesetzesänderungen eingetretenen

geänderten Rahmenbedingungen, wie etwa die Schaffung des GKV-Spitzenverbandes sowie die Anpassungen des Gesellschaftsvertrages des Instituts nachvollzogen. Zusätzlich entfällt die Regelung zum Pauschalbetrag für Krankenkassen mit weniger als zwanzigtausend Fällen im Aufsatzjahr, da mit der Aufhebung der Rechtskreise in der GKV die Praktikabilität dieser Regelung nicht mehr gegeben ist.

3. Inkrafttreten

Die Beschlussfassung erfolgt aus Gründen der Rechtssicherheit mit Wirkung zum 1. Januar 2014, da sich die Anpassungen des Gesellschaftsvertrages des Instituts bereits im Haushaltsjahr 2014 auswirkten.