

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/EKV)

zwischen

dem **AOK-Bundesverband**, K.d.ö.R, Bonn,
dem **Bundesverband der Betriebskrankenkassen**, K.d.ö.R., Essen,
dem **IKK-Bundesverband**, K.d.ö.R., Bergisch-Gladbach,
dem **Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**, K.d.ö.R., Kassel,
der **See-Krankenkasse**, K.d.ö.R., Hamburg,
der **Knappschaft**, K.d.ö.R., Bochum,
dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)**, Siegburg,
dem **Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV)**, Siegburg

– einerseits –

und

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

– andererseits –

Präambel

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V) erfolgt gemäß § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139c Abs. 1 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 85a 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 die Spitzenverbände der Krankenkassen 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 und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 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 Formblätter-3 aller Krankenkassen (Kontenart 400 Ärztliche Behandlung). Das jeweilige Datum der herangezogenen Formblätter wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dokumentiert; nachträgliche Änderungen durch die Gesamtvertragspartner werden nicht berücksichtigt.

§ 2

Abschlagszahlungen und Spitzabrechnung

Die nachfolgenden Regelungen gelten mit der Maßgabe, dass für das jeweilige Haushaltsjahr eine Spitzabrechnung im zweiten auf das Haushaltsjahr folgende Jahr durchgeführt wird, wenn die Zahl der Fälle bekannt ist. Die bis dahin geleisteten Zahlungen stellen insoweit Abschlagszahlungen dar. Zur Spitzabrechnung erfolgt eine Verrechnung mit den im Jahr der Spitzabrechnung zu leistenden Zahlungen.

§ 3

Grundsatz der Zahlungsweise

Der Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird als Zuschlag je Fall des Aufsatzjahres gezahlt, sofern im Aufsatzjahr mehr als 20.000 Fälle bei Versicherten einer Krankenkasse aufgetreten sind. Hierbei werden die Abrechnungseinheiten einer Krankenkasse, die für die Abrechnung in den Vertragsgebieten West und Ost geschaffen worden sind, jeweils als eigenständige Krankenkasse betrachtet. Sogenannte Netzkassen werden der jeweiligen Stammkrankenkasse zugeordnet. Krankenkassen, bei deren Versicherten im Aufsatzjahr 20.000 oder weniger Fälle aufgetreten sind, zahlen einen pauschalen Betrag.

§ 4

Ermittlung und Bekanntgabe der Höhe des Zuschlags je Fall und des pauschalen Betrages

Die Höhe des Zuschlags je Fall und die Höhe des pauschalen Betrages gemäß § 3 werden 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 abzgl. der Summe der gemäß § 3 zu zahlenden pauschalen Beträge durch die Summe der gemäß § 3 zu berücksichtigenden Fälle nach Formblatt-3 Kontenart 400 Ärztliche Behandlung aller Krankenkassen, bei denen im Aufsatzjahr mehr als 20.000 Fälle aufgetreten sind, dividiert. Die Höhe des pauschalen Betrages je Jahr wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der

Krankenkassen auf der Grundlage von 20.000 Fällen und einer Vorabschätzung der Höhe des Zuschlags je Fall festgelegt.

§ 5

Ermittlung der Zahlungsbeträge je Krankenkasse

Der Zahlungsbetrag ergibt sich quartalsweise für jede Krankenkasse aus der Multiplikation der Anzahl der je Kalendervierteljahr des Aufsatzjahres bei allen Versicherten der Krankenkasse aufgetretenen Fälle (Formblatt-3 Kontenart 400 Ärztliche Behandlung) mit dem gemäß § 4 ermittelten und bekannt gegebenen Betrag je Fall, soweit die Anzahl der Fälle im gesamten Aufsatzjahr 20.000 übersteigt. Der Zahlungsbetrag je Kalendervierteljahr für Krankenkassen, bei deren Versicherten im Aufsatzjahr 20.000 oder weniger Fälle aufgetreten sind, ist 25 von Hundert des pauschalen Betrages gemäß § 4. Der Zahlungsbetrag wird von den Krankenkassen nach Rechnungsstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bis spätestens zum letzten Tag des ersten Monats eines Kalendervierteljahres quartalsweise an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bereich die Krankenkasse ihren Sitz hat, bezahlt.

§ 6

Ermittlung der Zahlungsbeträge je Kassenärztlicher Vereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt den Kassenärztlichen Vereinigungen bis spätestens zum 01.01. eines Haushaltsjahres die Anzahl der Fälle (Formblatt-3 Kontenart 400 Ärztliche Behandlung) je Kalendervierteljahr des Aufsatzjahres der Versicherten der Krankenkassen nach Zuordnung gemäß Kassensitz je Krankenkasse mit, soweit die Anzahl der Fälle im gesamten Aufsatzjahr 20.000 übersteigt. Bei der Zusammenführung der Anzahl der Fälle sogenannter Netzkassen und deren Stammkrankenkassen gemäß § 3 erfolgt durch die Verbände der an den Netzen beteiligten Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln die Zahlungsbeträge je Krankenkasse gemäß § 5 und stellen sie bis spätestens zum 10. des ersten Monats eines Kalendervierteljahres der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung. Die Rechnungsstellung erfolgt auf dem in Anhang 1 enthaltenen Muster. Die Summe der erfolgten Zahlungen aller Krankenkassen mit Sitz im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung leiten die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutsche Apotheker- und Ärztekammer; BLZ 370 606 15; Konto 150 141 83 78) bis spätestens zum 10. des zweiten Monats eines Kalendervierteljahres weiter.

§ 7

Übermittlung der Zahlungsbeträge an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die gemäß § 6 von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten Zahlungen je Kalendervierteljahr bis spätestens zum 25. des zweiten Monats eines Kalendervierteljahres an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kreissparkasse Siegburg; BLZ 386 500 00; Konto 001 207 398) weiter.

§ 8 Übergangsregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die gemäß § 5 ermittelten Zahlungsbeträge je Krankenkasse des 1. und 2. Kalendervierteljahres 2004 der jeweiligen Krankenkasse bis spätestens zum 28.04.2004 in Rechnung. Die Zahlungen für das 1. Kalendervierteljahr 2004 werden in Summe mit den Zahlungen für das 2. Kalendervierteljahr 2004 bis spätestens zum 12.05.2004 von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, bis spätestens zum 19.05.2004 von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und bis spätestens zum 25.05.2004 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt. Die Höhe dieser Zahlungen sowie der Zahlungen für das 3. und 4. Kalendervierteljahr 2004 ergeben sich aus dem Anhang 2 zu dieser Vereinbarung. Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß §§ 4 und 6 unterbleiben insoweit.

§ 9 Nachweis der Berechnungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die für die Ermittlungen gemäß § 4 verwendeten Berechnungsgrundlagen zur Verfügung.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 1. April 2004 in Kraft.

Die Änderungen treten am 1. April 2005 in Kraft.