



Bundesaamt
für Soziale Sicherung

Verfahrensbeschreibung

**für die Stufeneinteilung
und die Ermittlung der Höhe der Pauschalen**

**im Zuweisungsverfahren für
Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV**

für das Ausgleichsjahr 2021

Bonn, den 30.04.2021

Inhaltsverzeichnis

I	Vorbemerkungen.....	3
1	Rechtsgrundlagen	3
2	Umsetzung durch das BAS.....	3
II	Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen	4
1	EBM.....	5
2	BEMA	5
3	Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V	7
III	Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen	7
1	Ermittlung der Stufengrenzen und Zuordnung der Leistungen	7
2	Zuordnung der Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (ohne Schutzimpfungen) zu den Stufen.....	8
3	Ermittlung der Höhe der Pauschalen	8
3.1	Höhe der Pauschale der Stufe 1	8
3.2	Ermittlung des Verhältniswertes der kleinsten Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1	8
3.3	Höhe der Pauschalen der Stufen 2 und 3	8
3.4	Zuordnung der Schutzimpfungen.....	8
IV	Erläuterungen zur Stufenzuordnung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen.....	9
1	Zur Ermittlung der Höhe der Pauschale für Stufe 1 (III.3.1).....	9
2	Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen 2 und 3 (III.3.2 und III.3.3)	10
2.1	Orientierung an den Durchschnittskosten.....	10
2.2	Beziehung der Höhe der Pauschalen zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung einer Stufe.....	10
2.3	Zusammenfassung der Prinzipien zur Stufeneinteilung und zur Ermittlung der Pauschalen.....	11
3	Zur Auswahl des Verfahrens zur Stufeneinteilung (III.1 bis III.3).....	11

Anlage: Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021

I Vorbemerkungen

1 Rechtsgrundlagen

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 sollen Präventionsbemühungen der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (RSA) ab dem Ausgleichsjahr 2021 stärker gefördert werden. Krankenkassen erhalten jährlich für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, wenn eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung, eine zahnärztliche Leistung der Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkasse erbracht und abgerechnet wurde (§ 270 Abs. 4 SGB V). Finanziert wird die Pauschale über die Berücksichtigung bei der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen im Jahresausgleich gemäß § 18 Abs. 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ermittelt die Höhe der Pauschalen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu (§ 270 Abs. 4 Satz 2 SGB V). § 15 RSAV bestimmt das Nähere zum Zuweisungsverfahren für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

In § 15 Abs. 2 RSAV ist geregelt, dass die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V durch das BAS auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 SGB V (EBM) mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt werden, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V und Leistungen nach § 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im EBM festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. Das BAS ermittelt die Höhe der Pauschale für jede Stufe nach den Vorgaben des § 15 Abs. 3 RSAV. Die Stufeneinteilung und die Höhe der Pauschalen gibt das BAS bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt (§ 15 Abs. 4 RSAV).

Für die Ermittlung der Höhe der Vorsorgepauschale erheben die Krankenkassen für jedes Jahr je Versicherten die Angaben über die Teilnahme an den in § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V genannten Leistungen und übermitteln diese bis zum 15. August des Folgejahres über den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) an das BAS (§ 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV). § 7 Abs. 2 bis 5 RSAV gilt entsprechend, was bedeutet, dass die Verfahrensvorgaben zu den Datenmeldungen für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA einschlägig sind. Dies beinhaltet auch den Verweis auf die in § 7 Abs. 4 Satz 2 RSAV geregelten Korrekturmeldungen im RSA-Verfahren, beispielsweise für das Korrekturverfahren des Jahresausgleichs.

Gemäß § 270 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist das Nähere zu der/den Datenmeldung(en) in der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 SGB V durch den GKV-SV im Einvernehmen mit dem BAS zu regeln. Die Datenmeldung ist auf der Grundlage von § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV Teil der RSA-Prüfungen.

2 Umsetzung durch das BAS

Aus den dargestellten Vorgaben folgt in zeitlicher Hinsicht, dass die Stufeneinteilung und Berechnung der Höhe der Pauschalen für jede Stufe zwischen dem 1. Januar und dem 30. April eines

Ausgleichsjahres erfolgt. Das BAS erstellt in diesem Zeitraum eine Verfahrensbeschreibung für das jeweilige Ausgleichsjahr, die mit entsprechendem Vorlauf vor der Bekanntgabe nach § 15 Abs. 4 RSAV mit dem GKV-SV abgestimmt wird.

Die Zuweisung der Vorsorgepauschalen erfolgt im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs, erstmals für das Ausgleichsjahr 2021. Am 16. November 2022 werden hierzu gesonderte Bescheide ergehen, aus denen sich die Höhen der Zuweisungen sowie die Berechnungsgrundlagen für die Einzelkassen ergeben. Wie sich aus dem Wortlaut der §§ 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V und 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV sowie im Umkehrschluss aus § 15 Abs. 1 Satz 3 RSAV ergibt, erhält eine Krankenkasse für jeden Versicherten, der eine entsprechende Leistung in Anspruch genommen hat, eine Vorsorgepauschale (bei Inanspruchnahme mehrerer Leistungen die der höchsten Stufe). Eine Berücksichtigung individueller Versichertenzeiten erfolgt nicht.

Indem § 7 Abs. 4 Satz 2 RSAV über § 15 Abs. 6 Satz 2 RSAV entsprechend gilt, erfolgt im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2022 eine Korrektur der für 2021 zugewiesenen Vorsorgepauschalen, die am 16. November 2023 entsprechend beschieden wird.

Da die erste Datenmeldung nach § 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV bis zum 15. August 2022 und die Korrekturmeldung dementsprechend bis zum 15. April 2023 zu erfolgen hat, ist das Nähere hierzu durch den GKV-SV im Einvernehmen mit dem BAS in der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 SGB V für das Schlüsseljahr 2022/2023 zu regeln.

II Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

Anknüpfungspunkt für Zuweisungen im Rahmen der Vorsorgepauschale sind gemäß § 270 Abs. 4 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, 3, 4 und 15 SGB V konkretisierte und als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Individualprophylaxeleistungen sowie Schutzimpfungen.

Die in § 270 Abs. 4 SGB V genannten Leistungen werden, sofern sie im EBM oder im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) enthalten sind, auf der Grundlage der hierin enthaltenen Bewertung zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres in drei Stufen eingeteilt (§ 15 Abs. 2 Satz 1 RSAV, siehe auch BT-Drs. 19/15662, S. 112).

Die Abgrenzung der berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V erfolgt insofern grundsätzlich anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM bzw. des BEMA.

Nach der Gesetzesbegründung zum GKV-FKG erhalten die Krankenkassen auch dann eine Zuweisung im Rahmen der Vorsorgepauschale, wenn die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V außerhalb der

gesamtvertraglichen Regelversorgung erbracht und zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist dann, dass der Leistungsinhalt der selektivvertraglichen Leistungen die benannten Leistungen der Regelversorgung umfasst (BT-Drs. 19/15662, S. 112). In diesen Fällen nehmen die Krankenkassen im Rahmen der Erstellung der Datenmeldung nach § 270 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV eine Zuordnung der Original-Abrechnungsziffern zu den jeweils einschlägigen Gebührenordnungspositionen vor. Das Nähere hierzu und zu weiteren Sonderkonstellationen wird in der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 SGB V geregelt.

Eine Auflistung der i.S.d. § 270 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 15 RSAV berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und der entsprechenden Gebührenordnungspositionen bzw. BEMA-Positionen und Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen ergibt sich aus der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung. Hierzu ergeben sich die folgenden Anmerkungen.

1 EBM

Berücksichtigungsfähige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen im Sinne des § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind die bundeseinheitlichen Gebührenordnungspositionen der Unterabschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 des EBM (Stand 1. Januar 2021). Wie vom GKV-SV in seiner Stellungnahme zum Entwurf dieser Verfahrensbeschreibung angeregt bleiben die Gebührenordnungspositionen 01710B, 01710C und 01710D unberücksichtigt, da es sich bei den Positionen um Zusatzpauschalen für die Terminvermittlung durch Terminservicestellen handelt, die selbst keine Vorsorge- oder Früherkennungsleistung darstellen.

Für die Stufeneinteilung werden die Leistungen anhand ihrer für 2021 geltenden Euro-Leistungsbewertung berücksichtigt. Diese ergibt sich aus der Multiplikation der jeweiligen Punktzahl mit dem für das Jahr 2021 festgelegten Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V.

2 BEMA

Die berücksichtigungsfähigen zahnärztlichen Vorsorgeleistungen i.S.d. § 270 Abs. 4 Satz 1 SGB V ergeben sich aus der unten dargestellten Tabelle 1.

Die Euro-Leistungsbewertungen der BEMA-Leistungen ergeben sich durch Multiplikation ihrer Bewertungszahl mit dem (auf 2021 fortgeschriebenen) durchschnittlichen Punktwert. Die zum Stichtag 1. Januar 2021 geltenden Bewertungszahlen wurden dem BEMA mit Stand 1. Oktober 2020 entnommen.

Die Punktwerte für die BEMA-Leistungen werden – mit Ausnahme des Teils 5 des BEMA (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) – auf Ebene der Länder zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Krankenkassen jährlich neu verhandelt. Aus diesem Grund sind für die Ermittlung der Kosten die (bundes-)durchschnittlichen Punktwerte heranzuziehen (§ 15 Abs. 2 RSAV).

Die statistisch ermittelten durchschnittlichen Punktwerte für die einschlägigen BEMA-Leistungen werden dem BAS von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur Verfügung gestellt. Sie basieren auf den Abrechnungsdaten der KZVen des Jahres 2019 und werden folgendermaßen ermittelt:

- Für jede BEMA-Leistung wird die bundesweite Summe der Gesamtpunkte ermittelt, indem die BEMA-Bewertungszahl der Leistung mit ihrer jeweiligen Abrechnungshäufigkeit multipliziert wird.
- Die Summe des für eine BEMA-Leistung bundesweit abgerechneten Honorarvolumens wird durch die bundesweite Summe der Gesamtpunkte dieser Leistung dividiert.
- Das Ergebnis stellt einen bundesdurchschnittlichen Punktwert für die jeweilige Leistung dar.

Zum Stichtag 1. Januar eines Jahres stehen allerdings nur die durchschnittlichen Punktwerte des Vorjahres (hier 2019) zur Verfügung, da die Vergütungsverhandlungen für das Vorjahr zum Stichtag noch nicht abgeschlossen sind. Abschließende Zahlen für das Vorjahr liegen in der Regel erst im Mai eines Jahres vor.

Infolgedessen werden die Punktwerte für die Berechnungen durch das BAS geschätzt, indem diese in der Höhe der Grundlohnsummen-Entwicklung fortgeschrieben werden. Da gemäß § 15 Abs. 2 RSAV vom Stichtag 1. Januar des Ausgleichsjahres (hier 2021) auszugehen ist, werden die vorliegenden BEMA-Punktwerte des Jahres 2019 anhand der Veränderungsdaten nach § 71 Abs. 3 SGB V für die Jahre 2020 (+3,66 %) und 2021 (+2,53 %) durch Multiplikation mit dem Faktor 1,06282598 angepasst (siehe Tabelle 1). Der Faktor 1,06282598 ergibt sich als Produkt der beiden einzelnen Veränderungsfaktoren (1,0366 und 1,0253).

Tabelle 1: Berücksichtigte BEMA-Leistungen, Punktwerte, Bewertungszahlen und Euro-Leistungsbewertungen für das Jahr 2021

BEMA-Leistung		Punktwert (2019)	Punktwert (2021)*	Bewertungszahl	Euro-Leistungsbewertung*
IP1	Mundhygienestatus	1,1785	1,2525	20	25,0508 €
IP2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern	1,1785	1,2525	17	21,2932 €
IP4	Lokale Fluoridierung der Zähne	1,1783	1,2523	12	15,0279 €
IP5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen...	1,1779	1,2519	16	20,0304 €
FU1a	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat	1,1830	1,2573	27	33,9477 €
FU1b	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat	1,1870	1,2616	27	34,0625 €
FU1c	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat	1,1867	1,2613	27	34,0539 €
FU Pr	Praktische Anleitung der Betreuungsperson zur Mundhygiene beim Kind	1,1883	1,2630	10	12,6296 €
FU2	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat	1,1802	1,2543	25	31,3587 €
FLA	Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung	1,1673	1,2406	14	17,3689 €

BEMA-Leistung		Punktwert (2019)	Punktwert (2021)*	Bewertungszahl	Euro-Leistungsbewertung*
174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,0937	1,1624	20	23,2483 €
174b	Mundgesundheitsaufklärung bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,0939	1,1626	26	30,2283 €
107a	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	1,0916	1,1602	16	18,5629 €

Quelle: KZBV / BAS; *dargestellte Werte auf vier Dezimalstellen gerundet; Berechnungen des BAS erfolgen mit zwölf Dezimalstellen.

3 Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V

Die Dokumentationsziffern für die berücksichtigungsfähigen Schutzimpfungen ergeben sich aus der Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA über Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in der zuletzt am 15. Oktober 2020 geänderten Fassung (BAnz AT 22.12.2020 B4). Da die Vergütung der Schutzimpfungen nach § 20i SGB V auf Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kostenträgern basiert und keine einheitlichen Kostenbewertungen vorliegen, werden diese Leistungen gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV pauschal der Stufe mit der niedrigsten Pauschalhöhe zugeordnet. Diese Zuordnung wird in der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung über die gelisteten Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen vorgenommen.

III Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen

1 Ermittlung der Stufengrenzen und Zuordnung der Leistungen

Die unter II.1 und II.2 aufgeführten Leistungen des EBM bzw. des BEMA werden für die Ermittlung der Stufengrenzen anhand ihrer jeweiligen Euro-Leistungsbewertung in einer gemeinsamen Liste aufsteigend sortiert. Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (II.3) und Leistungen ohne Leistungsbewertung zum Stichtag 01. Januar des Ausgleichsjahres bleiben bei Ermittlung der Stufengrenzen unberücksichtigt.

Zur Festsetzung der Stufengrenzen werden das 50. Perzentil (Median) und das 95. Perzentil über die Verteilung der Euro-Leistungsbewertung der o.g. Leistungen ermittelt.

Der Wert des 50. Perzentils wird auf den nächsten ganzzahligen Cent-Wert aufgerundet. Das Ergebnis bildet die Grenze zwischen der ersten und zweiten Stufe.

Der Wert des 95. Perzentils wird auf den nächsten ganzzahligen Cent-Wert aufgerundet. Das Ergebnis bildet die Grenze zwischen der zweiten und dritten Stufe.

2 Zuordnung der Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen (ohne Schutzimpfungen) zu den Stufen

Alle unter II.1 und II.2 aufgeführten Leistungen des EBM und des BEMA, deren Euro-Leistungsbewertung unterhalb des Grenzwertes zwischen erster und zweiter Stufe liegt, werden der ersten Stufe zugeordnet. Von den verbleibenden werden alle Leistungen, deren Euro-Leistungsbewertung unterhalb des Grenzwertes zwischen zweiter und dritter Stufe liegt, der zweiten Stufe zugeordnet. Die übrigen Leistungen werden der dritten Stufe zugeordnet.

3 Ermittlung der Höhe der Pauschalen

3.1 Höhe der Pauschale der Stufe 1

Die Höhe der Pauschale der Stufe 1 beträgt 50 Prozent der Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der geringsten Bewertung der Stufe 1.

3.2 Ermittlung des Verhältniswertes der kleinsten Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1

Auf Grundlage der Werte für die erste Stufe wird der Verhältniswert der Höhe der Pauschale zu den Durchschnittskosten folgendermaßen ermittelt: Über alle Euro-Leistungsbewertungen der in Stufe 1 enthaltenen Leistungen wird der arithmetische Mittelwert berechnet. Zur Ermittlung des Verhältniswertes der Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe 1 wird der Wert der Pauschale nach 3.1 durch den Mittelwert der Euro-Leistungsbewertungen der Leistungen in der Stufe 1 dividiert.

3.3 Höhe der Pauschalen der Stufen 2 und 3

Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen der Stufe 2 und 3 werden die jeweiligen Durchschnittskosten der Leistungen der Stufe (arithmetisches Mittel) mit dem Verhältniswert aus 3.2 multipliziert. Liegt das jeweilige Ergebnis unterhalb von 50 Prozent des Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der niedrigsten Bewertung innerhalb der Stufe, so entspricht die Höhe der Pauschale der Stufe dem Ergebnis dieser Berechnung. Andernfalls beträgt die Höhe der Pauschale 50 Prozent des Euro-Leistungsbewertung der Leistung mit der niedrigsten Bewertung der Stufe.

3.4 Zuordnung der Schutzimpfungen

Die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V (II.3) werden der ersten Stufe zugeordnet.

IV Erläuterungen zur Stufenzuordnung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen

Die beiden Verfahrensschritte der Einteilung der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in drei Stufen (§ 15 Abs. 2 RSAV) und der anschließenden Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen auf Grundlage von § 15 Abs. 3 RSAV bedingen sich gegenseitig und sind daher im Zusammenhang zu betrachten. Die Pauschalenhöhen für die drei Stufen sollen sich an den Durchschnittskosten der Leistungen innerhalb der Stufe orientieren (§ 15 Abs. 3 Satz 1 RSAV). Sie sind somit immer direkt abhängig von den in den Stufen enthaltenen Leistungen. Bei der Zuordnung der Leistungen zu den drei Stufen müssen daher auch die in der RSAV definierten Bedingungen für die Höhe der Pauschalen berücksichtigt werden. So soll die Pauschale nach § 15 Abs. 3 Satz 2 RSAV Anreize zur Förderung der Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V setzen, aber nicht deren Kosten decken. Die Höhe der Pauschalen beträgt ferner 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV). Diesen Vorgaben zufolge soll die Höhe der Pauschalen somit Anreize zur Förderung der Leistungen setzen und hat sich dabei sowohl am Minimum, dem Durchschnitt, als auch dem Maximum der Kosten der in den Stufen enthaltenen Leistungen zu orientieren. Darüber hinaus ist in § 15 Abs. 2 Satz 1 RSAV die Bildung von lediglich drei Stufen vorgesehen, was die Möglichkeit zur Abgrenzung homogener Stufen zusätzlich limitiert.

Das im Folgenden beschriebene Vorgehen hat das Ziel, die Stufeneinteilung und Ermittlung der Höhe der Pauschalen unter Einhaltung der Vorgaben so auszugestalten, dass den genannten Rahmenbedingungen widerspruchsfrei Rechnung getragen wird.

Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (sowie Leistungen, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt wurde), sind nach § 15 Abs. 2 Satz 2 RSAV der ersten Stufe zuzuordnen. Sie bleiben daher bei der Stufenabgrenzung und der Ermittlung der Höhe der Pauschalen unberücksichtigt.

1 Zur Ermittlung der Höhe der Pauschale für Stufe 1 (III.3.1)

Unabhängig von der weiteren Stufeneinteilung ergibt sich aus den Vorgaben der RSAV für die Pauschale der ersten Stufe ein definierter Höchstwert. Die günstigste Leistung der Stufe 1 entspricht definitionsgemäß der Leistung des EBM bzw. des BEMA (im Bereich Vorsorgeleistungen) mit der niedrigsten Euro-Leistungsbewertung. Zum Stichtag 1. Januar 2021 handelt es sich dabei um die GOP 01812 „Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)“, die eine Euro-Leistungsbewertung in Höhe von 1,78 € aufweist. Als maximale Höhe der Pauschale jeder Stufe gestattet § 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV einen Wert von höchstens 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung der jeweiligen Stufe. Im Fall der ersten Stufe ist die Höhe der Pauschale somit auf 0,89 € limitiert. Die Voraussetzung, dass sich aus der Pauschale für die erste Stufe Anreize zur Förderung der in der Stufe enthaltenen Leistungen ergeben (§ 15 Abs. 3 Satz 2 RSAV), wird dann erreicht, wenn sie diesen Maximalwert nicht unterschreitet. Die Höhe der Pauschale für die erste Stufe wird daher auf 0,89 € festgelegt.

2 Zur Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen 2 und 3 (III.3.2 und III.3.3)

2.1 Orientierung an den Durchschnittskosten

Abhängig davon, welche weiteren Leistungen der ersten Stufe zugeordnet werden, ergibt sich ein Verhältniswert der Pauschale zu den Durchschnittskosten der enthaltenen Leistungen. Es wird von der Vorgabe ausgegangen, dass sich die Pauschalen aller drei Stufen gleichermaßen an ihren jeweiligen Durchschnittskosten orientieren sollen (§ 15 Abs. 3 Satz 1 RSAV), was dadurch erreicht wird, dass das Verhältnis der Pauschalen zu den jeweiligen Durchschnittskosten in allen drei Stufen einen konstanten Wert annimmt. Der Verhältniswert, der sich für die erste Stufe ergibt, wird insofern für die Bestimmung der Pauschalenhöhen der Stufen 2 und 3 herangezogen, soweit dies nicht zu einer Pauschale führt, deren Wert 50 Prozent der Kosten der jeweils am günstigsten bewerteten Leistung der Stufe überschreitet (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV). In diesem Fall ist die Höhe der Pauschale auf 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der niedrigsten Euro-Leistungsbewertung zu begrenzen.

2.2 Beziehung der Höhe der Pauschalen zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung einer Stufe

Ausgehend von diesem Ansatz (identische Verhältniswerte zwischen Pauschale und Durchschnittskosten) lassen sich für jede denkbare Stufeneinteilung für alle drei Stufen hypothetische Pauschalen bestimmen. Für jede dieser Pauschalen lässt sich zudem das Verhältnis zu den Kosten der jeweils am höchsten bewerteten Leistung der Stufe ermitteln. Dieses Verhältnis ist laut § 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV insofern zu beachten, dass die Pauschale einer Stufe in einem angemessenen Verhältnis zu der am höchsten bewerteten Leistung stehen soll.

Bei der Einteilung der Leistungen zu den Stufen ist daher sicher zu stellen, dass die resultierenden Pauschalen auch zu den Leistungen mit den jeweils höchsten Kosten stufenübergreifend einen vergleichbaren Verhältniswert aufweisen. Diese Nebenbedingung ist anzustreben, weil sich hierdurch für keine der kostenintensiveren Leistungen innerhalb einer Stufe ein vergleichsweise stärkerer oder schwächerer Förderungsanreiz ergibt als in den anderen Stufen. Ein angemessenes Verhältnis der Höhe der Pauschalen zur jeweils teuersten Leistung einer Stufe (§ 15 Abs. 3 Satz 3 RSAV) wird darüber sichergestellt, dass die Pauschale der ersten Stufe den höchsten von der RSAV zugelassenen Wert annimmt, sich das hieraus ergebende Verhältnis der Pauschale zur teuersten Leistung bei gegebener Stufenabgrenzung also nicht weiter erhöhen lässt und die Höhe der Pauschale daher als angemessen im Sinne der RSAV anzusehen ist. Eine zumindest näherungsweise Übertragung des Verhältnisses der Pauschale zu den Kosten der am höchsten bewerteten Leistung in der Stufe 1 auf die Stufen 2 und 3 kann somit nicht zu einer im Sinne der RSAV unangemessenen Pauschalenhöhe für diese Stufen führen.

2.3 Zusammenfassung der Prinzipien zur Stufeneinteilung und zur Ermittlung der Pauschalen

Aus den voranstehenden Überlegungen lassen sich zusammenfassend die folgenden Prinzipien ableiten, die bei der Stufeneinteilung und der Ermittlung der Höhe der Pauschalen für die Stufen zu Grunde gelegt wurden:

- Die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen sind in drei Stufen einzuteilen.
- Die Höhe der Pauschale für die erste Stufe beträgt 50 Prozent der Kosten der am niedrigsten bewerteten Leistung der Stufe.
- Das Verhältnis der Pauschalen der ersten Stufe zu den Durchschnittskosten aller Leistungen der Stufe soll mit den entsprechenden Verhältnissen in den Stufen 2 und 3 übereinstimmen. Überschreitet die sich hieraus ergebende Pauschale für die Stufe 2 oder 3 jedoch einen Wert von 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung der Stufe, so ist die Pauschale auf 50 Prozent der Kosten der günstigsten Leistung zu beschränken.
- Das Verhältnis der Pauschalen zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung in Stufe 1 soll bei den entsprechenden Verhältniswerten in den Stufen 2 und 3 eine vergleichbare Höhe aufweisen.

3 Zur Auswahl des Verfahrens zur Stufeneinteilung (III.1 bis III.3)

Ausgehend von 105 Leistungen, die in Abhängigkeit von ihrer Euro-Leistungsbewertung zu drei Stufen zusammengefasst werden sollen, ergibt sich rd. 5.500 mögliche Kombinationen der Stufenabgrenzung. Für die Zuordnung der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen zu den Stufen kommt somit eine Vielzahl unterschiedlicher Abgrenzungsmöglichkeiten in Frage. Vor diesem Hintergrund wurde bereits für die Erstellung dieser Verfahrensbeschreibung eine Auswahl an Verfahren, die sich an gängigen Ansätzen zur Klassenbildung orientieren, näher untersucht.

Für jede denkbare Stufeneinteilung lassen sich unter Zugrundelegung der oben dargestellten Prinzipien die durchschnittlichen Kosten der Leistungen ermitteln, ebenso die daraus abgeleitete Höhe der anzusetzenden Pauschalen und das Verhältnis dieser Pauschalen zur Leistung mit der höchsten Bewertung innerhalb einer Stufe.

Auf diese Weise wurde u.a. eine quantilsbezogene Einteilung analysiert, bei der jede Stufe die gleiche Anzahl an Leistungen enthält (vgl. Tabelle 2). Hierbei wurden die 35 Leistungen mit den niedrigsten Leistungsbewertungen der ersten Stufe zugeordnet, die folgenden 35 Leistungen der zweiten Stufe und die verbleibenden Leistungen mit der höchsten Bewertung der dritten Stufe. Für die Pauschale der ersten Stufe wurde ein Wert von 0,89 € angesetzt (50 Prozent der Kosten der Leistung mit der niedrigsten Bewertung). Hieraus ergibt sich ein Verhältniswert der Pauschale zu den Durchschnittskosten der Stufe (8,11 €) in Höhe von 11,0 %. Dieser Wert wurde für die Ermittlung der Pauschalen der zweiten (Mittelwert 21,82 €) und dritten Stufe (Mittelwert 90,67 €) verwendet, wodurch sich Pauschalen in Höhe von 2,39 € bzw. 9,95 € ergaben. Dieser Klassifizierungsansatz wurde verworfen, weil sich die resultierenden Verhältniswerte der Pauschalen zu den Kosten der jeweils am höchsten bewerteten Leistungen einer Stufe deutlich unterscheiden und in den beiden ersten Stufen (6,8 % bzw. 7,1 %) erheblich über dem Niveau der dritten Stufe (1,7 %) liegen.

Ebenfalls untersucht wurde eine Stufenbildung mit äquidistanten Klassenbreiten, bei der die Kosten der Leistungen einer Stufe eine vergleichbare Spannbreite abdecken (vgl. Tabelle 2). Auch dieser Ansatz ist nicht zielführend. Zum einen führt diese Abgrenzung dazu, dass nahezu alle Leistungen der ersten Stufe zuzurechnen sind und auf die beiden oberen Stufen insgesamt nur drei Leistungen entfallen. Zum anderen beträgt die Pauschale der ersten Stufe lediglich 0,7 % der Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung innerhalb der Stufe, was – insbesondere im Vergleich zu den Werten der beiden anderen Stufen (3,0 % bzw. 2,6 %) – für nicht zielführend gehalten wird.

Weitere (in Tabelle 2 nicht abgebildete) übliche Verfahren der Klassenbildung – etwa der sog. „k-means“-Algorithmus – wurden ebenfalls versuchsweise angewendet und wurden mit Blick auf die Ergebnisse gleichermaßen verworfen.

Tabelle 2: Vergleich unterschiedlicher Stufeneinteilungen

Stufe	Quantilsbezogene Stufen (Stufengrenzen 13,57 € 33,99 €)				Äquidistante Stufen (Stufengrenzen 194,67 € 389,35 €)				Iterativ ermittelte Stufen (Stufengrenzen 20,04 € 111,63 €)			
	N	Pauschale	% zu MW	% zu Max	N	Pauschale	% zu MW	% zu Max	N	Pauschale	% zu MW	% zu Max
1	35	0,89 €	11,0 %	6,3 %	102	0,89 €	3,0 %	0,7 %	53	0,89 €	8,1 %	4,4 %
2	35	2,39 €	11,0 %	7,7 %	1	5,90 €	3,0 %	3,0 %	46	3,65 €	8,1 %	3,7 %
3	35	9,95 €	11,0 %	2,0 %	2	15,06 €	3,0 %	2,6 %	6	21,21 €	8,1 %	3,6 %

Quelle: BAS

Anstelle der oben beschriebenen Ansätze wurden die Stufengrenzen in einem iterativen Verfahren angepasst (vgl. Tabelle 2). Dabei wurden die Grenzen so lange variiert, bis die Höhe der Pauschalen in allen drei Stufen ein vergleichbares Verhältnis zur Leistung mit dem jeweils höchsten Euro-Punktwert innerhalb der Stufe aufwies. Ein ausgewogenes Resultat lässt sich erreichen, wenn beginnend mit der Leistung mit der niedrigsten Bewertung 50 Prozent der Leistungen (n=53) der ersten Stufe und die folgenden 45 Prozent der Leistungen (n=46) der zweiten Stufe zugeordnet werden. Die verbleibenden 5 Prozent der Leistungen (n=6) werden der dritten Stufe zugeordnet. Die Höhe der sich hieraus rechnerisch ergebenden Pauschalen (0,89 €, 3,65 € und 21,21 €) deckt in diesem Ansatz jeweils 8,1 % der durchschnittlichen Kosten der in den Stufen enthaltenen Leistungen. Gemessen an den Leistungen mit der jeweils höchsten Bewertung liegen die Deckungsverhältnisse bei 4,4 % (Stufe 1), 3,7 % (Stufe 2) und 3,6 % (Stufe 3).

Da für die Schutzimpfungen gemäß § 20i Abs. 1 SGB V keine einheitlichen Kostenbewertungen vorliegen, werden diese entsprechend der Anlage zu dieser Verfahrensbeschreibung der niedrigsten Stufe zugeordnet.

Die Zuordnung zur niedrigsten Stufe ist auch für den Fall vorgesehen, dass für eine Leistung zum Stichtag 1. Januar des Ausgleichsjahres keine Leistungsbewertung im EBM vorliegt.