

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2021 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Präambel

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt. Hierzu wurde für den Fall eines solchen Ausnahmeereignisses angekündigt, ein Verfahren zur Verrechnung der kassenseitigen Nachzahlungen für diese Leistungen mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zu beschließen. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie geregelt.

Verrechnungsverfahren

Die Menge der im Jahr 2021 aufgrund des Ausnahmeereignisses SARS-CoV-2-Pandemie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen wird entsprechend der Ankündigung in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 68. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 15. September 2020 mit dem folgenden Verfahren mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs verrechnet.

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet für die vier Quartale des Jahres 2021 bis zum 22. des sechsten auf das Quartal folgenden Monats unter Verwendung der aktuellsten vorliegenden qualitätsgesicherten Daten je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den Unterschreitungsbeitrag wie folgt und stellt diese zusammen mit den jeweiligen Zwischenergebnissen einschließlich der Ausgangswerte aus der separaten Datenlieferung unverzüglich – wenn möglich zusammen mit einer KV-spezifischen Plausibilisierung in Bezug auf etwaige verzerrende Effekte durch Ziffernkranzänderungen aufgrund der EBM-Reform – den Trägerorganisationen zur Verfügung, die diese freigeben und an die jeweilige Seite der Gesamtvertragspartner weiterleiten:

1. Als vereinbarter Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in einem KV-Bezirk in Prozent wird das um eins verminderte und mit 50 % multiplizierte Produkt der jeweils um eins erhöhten regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsdaten für das Jahr 2020 und für das Jahr 2021 verwendet, die dem Institut des Bewertungsausschusses in einer separaten Datenlieferung von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden.

Veränderung_{vBB}

$$= 50 \% \cdot \left((1 + \text{Veränderung}_{vBB}^{2020}) \cdot (1 + \text{Veränderung}_{vBB}^{2021}) - 1 \right).$$

2. Der tatsächliche Anstieg in einem KV-Bezirk in Prozent für das Quartal q des Jahres 2021 wird in der Abgrenzung der gesamtvertragszuständigen KV schrittweise wie folgt berechnet:

2.1 Auf der Grundlage derjenigen Datensätze in den ARZTRG87aKA_SUM-Daten, bei denen die Angabe zur KV am Ort der Arztpraxis mit der Angabe zur gesamtvertragszuständigen KV übereinstimmt, werden alle Gebührenordnungspositionen bestimmt, die im Quartal q des Jahres 2019 mindestens einmal eine Kennzeichnung als MGV-Leistung aufweisen. Zudem werden MGV-Gebührenordnungspositionen berücksichtigt, die insbesondere aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 oder im Jahr 2021 bis einschließlich Quartal q neu in dem EBM aufgenommen wurden, und die inhaltlich eine MGV-Gebührenordnungsposition aus dem Jahr 2019 ersetzen oder erweitern. Eine Liste mit diesen Gebührenordnungspositionen findet sich in der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 539. Sitzung. Bei Bedarf ergänzt das Institut des Bewertungsausschusses diese Liste und übermittelt sie zusammen mit den Berechnungsergebnissen an die Trägerorganisationen.

2.2 Für die so bestimmten Gebührenordnungspositionen wird in der Abgrenzung der gesamtvertragstzuständigen KV jeweils die Leistungsbedarfssumme nach Euro-Gebührenordnung im Quartal q des Jahres 2021 ($tLB_{\text{mind.1x in MGV gemäß Abgrenzung q/19, kein NVA}}^{q/21}$) und im Quartal q des Jahres 2019 ($tLB_{\text{mind.1x in MGV gemäß Abgrenzung q/19}}^{q/19}$) gebildet und die beiden Summen durcheinander dividiert. Dabei werden für das Quartal q des Jahres 2021 die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen nicht berücksichtigt. Die Veränderung des tatsächlichen Leistungsbedarfs ist also

$$\text{Veränderung}_{tLB,roh} = \frac{tLB_{\text{mind.1x in MGV gemäß Abgrenzung q/19, kein NVA}}^{q/21}}{tLB_{\text{mind.1x in MGV gemäß Abgrenzung q/19}}^{q/19}}$$

Den Gesamtvertragspartnern wird zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt, zu vereinbaren, die vom Institut des Bewertungsausschusses festgestellte Veränderung der tatsächlichen Leistungsmenge aufgrund regional zu Lasten der MGV angewandter Leistungen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie gemeinsam zu korrigieren. Dies setzt voraus, dass den Krankenkassen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sämtliche hierzu erforderlichen Daten und Berechnungen zur Verfügung gestellt werden.

2.3 Der resultierende Wert wird zum Ausgleich der Versichertenzahländerung mit der Gesamtzahl der Versicherten im KV-Bezirk gemäß ANZVER87a_IK-Daten im Quartal q des Jahres 2019 ($Vers_{q/19}$) multipliziert und durch die entsprechende Gesamtzahl im Quartal q des Jahres 2021 ($Vers_{q/21}$) dividiert. Dabei werden Wohnausländer in allen KV-Bezirken mit Ausnahme von Baden-Württemberg und Nordrhein sowie betreute Personen in allen KV-Bezirken zusätzlich berücksichtigt. Es ist in vereinfachter Notation

$$\text{Ausgleich Versichertenzahl} = \frac{Vers_{q/19}}{Vers_{q/21}}$$

2.4 Der resultierende Wert wird mit dem jeweiligen regionalen Punktwert des Quartals q des Jahres 2019 ($PW_{q/19}$) gemäß der separaten Datenlieferung multipliziert und durch den jeweiligen regionalen Punktwert des Quartals q des Jahres 2021 ($PW_{q/21}$) gemäß der separaten Datenlieferung dividiert. Es ist also

$$\text{Ausgleich Änderung Punktwert} = \frac{PW_{q/19}}{PW_{q/21}}$$

2.5 Der resultierende Wert wird zum Ausgleich von Bereinigungsumfangsänderungen mit der MGV-Leistungsbedarfssumme nach Euro-Gebührenordnung in der Abgrenzung der gesamtvertragszuständigen KV für das Quartal q des Jahres 2021 ($tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } q/21}^{q/21}$) multipliziert und durch die Differenz aus dieser Leistungsbedarfssumme und der Differenzbereinigungsmenge des Quartals q des Jahres 2021 gegenüber dem Quartal q des Jahres 2019 ($DBB_{q/21}^{brutto}$) aus der separaten Datenlieferung dividiert. In Formelschreibweise:

$$\text{Abbildung Bereinigung} = \frac{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } q/21}^{q/21}}{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } q/21}^{q/21} - DBB_{q/21}^{brutto}}$$

2.6 Der resultierende Wert wird um 1 vermindert und dann mit 50 % multipliziert.

Im Ergebnis erhält man:

$$\text{Veränderung}_{tLB} = (\text{Veränderung}_{tLB,roh} \cdot \text{Ausgleich Versicherungszahl} \cdot \text{Ausgleich Änderung Punktwert} \cdot \text{Abbildung Bereinigung} - 1) \cdot 50\%$$

3. Vom prozentualen vereinbarten Anstieg gemäß Nr. 1 wird der prozentuale tatsächliche Anstieg gemäß Nr. 2 abgezogen; sofern diese Differenz negativ ist, wird sie auf null gesetzt.
4. Der Unterschreitungsbeitrag in einem KV-Bezirk wird bestimmt als Produkt aus der Differenz gemäß Nr. 3, der MGV-Leistungsbedarfssumme nach Euro-Gebührenordnung in der Abgrenzung der gesamtvertragszuständigen KV für das Quartal q des Jahres 2020 ($tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } q/20}^{q/20}$) sowie dem Quotienten aus den regionalen Punktwerten des Quartals q des Jahres 2021 ($PW_{q/21}$) und des Jahres 2020 ($PW_{q/20}$). Damit wird der Unterschreitungsbeitrag bestimmt als

$$UB = tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } q/20}^{q/20} \cdot PW_{q/21}/PW_{q/20} \cdot \max(0; \text{Veränderung}_{vBB} - \text{Veränderung}_{tLB}).$$

Die Kassenärztlichen Vereinigungen berechnen den für das Quartal q des Jahres 2021 in Rechnung zu stellenden Anteil an den gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungsmengen wie folgt:

5. Der (ggf. entsprechend Nr. 2.2 korrigierte) Unterschreitungsbeitrag nach Nr. 4 wird durch die Summe der nach regionaler Euro-Gebührenordnung bewerteten und gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen aller Krankenkassen dividiert. Ist dieser Quotient größer als 1, wird er auf 1 gesetzt.
6. Der resultierende Wert wird von 1 abgezogen und anschließend mit 100 % multipliziert.
7. Die Summe der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden nach regionaler Euro-Gebührenordnung bewerteten und gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen wird mit dem Prozentsatz gemäß Nr. 6 multipliziert.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den so ermittelten Rechnungsbetrag der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen der Rechnungslegung mit.

Beschlussfassung zu den erforderlichen Daten

Die für die oben beschriebenen Berechnungen notwendigen Daten werden durch den angekündigten Beschluss im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 539. Sitzung geregelt.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Gesamtverträge, eine Regelung zu Abschlagzahlungen zu treffen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2021 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

2. Regelungshintergründe

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt. Hierzu wurde für den Fall eines solchen Ausnahmeereignisses angekündigt, ein Verfahren zur Verrechnung der kassenseitigen Nachzahlungen für diese Leistungen mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zu beschließen. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie geregelt.

3. Regelungsinhalte

Für alle Quartale des Jahres 2021 wird ein Verfahren zur Verrechnung beschlossen. Dieses Verfahren orientiert sich an dem Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines

überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen, welches zuletzt in Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen wurde. Da unter anderem zum Zeitpunkt der Berechnung noch nicht alle benötigten Daten vorliegen, wird an einigen Stellen vom Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen abgewichen.

Durch die Maßnahmen der Bundesregierung zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie hat sich das Inanspruchnahmeverhalten gesetzlich Krankenkversicherter im Jahr 2020 verändert. Diese Verhaltensänderung ist nicht morbiditätsbedingt, weshalb das Jahr 2020 weder geeignet erscheint, um Vergleiche mit dem Jahr 2021 zu ziehen, noch um insbesondere den Anstieg des tatsächlichen Leistungsbedarfs zu bestimmen. Aus diesem Grund werden in den Berechnungen in dem vorliegenden Beschluss Daten aus dem Jahr 2020 nicht zur Bestimmung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs und des tatsächlichen Leistungsbedarfs verwendet. Stattdessen wird pragmatisch ersatzweise die Veränderung über den Zweijahreszeitraum vom Jahr 2019 auf das Jahr 2021 bestimmt und halbiert.

In Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses wird festgelegt, dass für alle Quartale des Jahres 2021 als vereinbarter Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs die Hälfte der Veränderung verwendet wird, die durch aufeinanderfolgende Anwendung der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsdaten für das Jahr 2020 und für das Jahr 2021 entsteht.

In Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses wird vorgegeben, wie der Anstieg des tatsächlichen Leistungsbedarfs bestimmt wird.

Um Verzerrungen bei den Berechnungen durch eine veränderte Abgrenzung der MGV zu vermeiden, wird die Abgrenzung der MGV des jeweiligen Quartals 2019 auch für das entsprechende Quartal 2021 verwendet. Leistungen, die in mindestens einem der beiden Jahre in einem TSVG-Fall enthalten waren und somit zur EGV gehören würden, werden der MGV zugerechnet, sofern es sich um Leistungen handelt, die im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 außerhalb von TSVG-Fällen zur MGV gehörten. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es im Jahr 2019 weniger TSVG-Fälle gab.

MGV-Gebührenordnungspositionen, die insbesondere aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie oder der EBM-Reform bis zum jeweiligen Quartal des Jahres 2021 neu in dem EBM aufgenommen wurden, und die inhaltlich eine MGV-Gebührenordnungsposition aus dem Jahr 2019 ersetzen oder erweitern, werden berücksichtigt. In der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 539. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ist eine Liste mit diesen Gebührenordnungspositionen enthalten, die das Institut des Bewertungsausschusses bei Bedarf anpasst.

Corona-NVA-Leistungen, die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im Jahr 2021 mit der Ziffer 88240 gekennzeichnet wurden und der MGV zugehören, werden für das jeweilige Quartal des Jahres 2021 nicht berücksichtigt. Diese Leistungen sind der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, der mit der Unterschreitung verrechnet wird. Daher müssen sie bei der Bestimmung des Anstiegs des tatsächlichen Leistungsbedarfs ausgeschlossen werden.

In Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses wird der Quotient aus dem Unterschreitungsbetrag zu der Corona-NVA-Leistungsmenge bestimmt. Sollte der Unterschreitungsbetrag größer als die Corona-NVA-Leistungsmenge sein, so wird der Quotient auf 1 gesetzt. In Nr. 6 wird der resultierende Wert aus Nr. 5 von 1 abgezogen und anschließend mit 100 % multipliziert. Dies ergibt den Anteil, der von allen Krankenkassen in Summe an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gezahlt werden muss. In Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses wird der konkrete Rechnungsbetrag für jede einzelne Krankenkasse bestimmt.

Das Institut des Bewertungsausschusses benötigt für die Berechnung der Unterschreitungsbeträge auch Daten, die ihm noch nicht vorliegen. Dies betrifft die regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsraten für das Jahr 2020 und für das Jahr 2021, die regionalen Punktwerte für die Quartale der Jahre 2019 und 2021 sowie die Differenzbereinigungsmengen der Quartale des Jahres 2021 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2019. Die Lieferung der Daten wird in dem Beschluss geregelt, der im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 539. Sitzung angekündigt wird. Konkret heißt das, dass die Datenlieferungen für das vierte Quartal 2020 und die Datenlieferungen für die Quartale des Jahres 2021 in einem gemeinsamen Beschluss geregelt werden.

4. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2021 in Kraft.