

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022**

**zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-
CoV-2-Pandemie im Jahr 2022 mit einer Unterschreitung des
vereinbarten Anstiegs des morbiditybedingten
Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des
Leistungsbedarfs**

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 mit Wirkung für das Jahr 2022 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 morbiditybedingten 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 morbiditybedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zu beschließen. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie zunächst für das erste und zweite Quartal des Jahres 2022 geregelt.

2. Verrechnungsverfahren

Die Menge der im Jahr 2022 aufgrund des Ausnahmeereignisses SARS-CoV-2-Pandemie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung oder entsprechender Folgebeschlüsse gekennzeichneten Leistungen wird entsprechend der Ankündigung in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses am 4. August 2021 mit dem folgenden Verfahren mit einer

Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs verrechnet.

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet für die betroffenen Quartale des Jahres 2022 bis zum 22. des sechsten auf das Quartal folgenden Monats unter Verwendung der aktuellsten vorliegenden qualitätsgesicherten Daten je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den Unterschreibungsbetrag wie folgt und stellt diese zusammen mit den jeweiligen Zwischenergebnissen einschließlich der Ausgangswerte aus der separaten Datenlieferung unverzüglich den Trägerorganisationen zur Verfügung, die diese freigeben und jeweils bis zum 30. des sechsten auf das Verrechnungsquartal folgenden Monats an die jeweilige Seite der Gesamtvertragspartner weiterleiten:

1. Als vereinbarter Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in einem KV-Bezirk wird die um eins verminderte dritte Wurzel des Produkts der um eins erhöhten regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsraten in Prozent für die Jahre 2020, 2021 und 2022 verwendet, die dem Institut des Bewertungsausschusses in einer separaten Datenlieferung von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden. Dieser wird bezeichnet mit

$$\begin{aligned} & \text{Veränderung}_{vBB} \\ &= \left((1 + \text{Veränderung}_{vBB}^{2020}) \cdot (1 + \text{Veränderung}_{vBB}^{2021}) \right. \\ & \quad \left. \cdot (1 + \text{Veränderung}_{vBB}^{2022}) \right)^{1/3} - 1. \end{aligned}$$

2. Der tatsächliche Anstieg in einem KV-Bezirk für das Quartal q des Jahres 2022 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 in den Jahren 2020, 2021 oder 2022 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 (schriftliche Beschlussfassung). 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 gesamtvertragszuständigen KV jeweils die Leistungsbedarfssumme nach Euro-Gebührenordnung im Quartal q des Jahres 2022 ($tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung Nr.2.1,kein NVA}}^{q/22}$) und im Quartal q des Jahres 2019 ($tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung Nr.2.1}}^{q/19}$) gebildet und die beiden Summen durcheinander dividiert. Dabei werden für das Quartal q des Jahres 2022 die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung gekennzeichneten Leistungen nicht berücksichtigt. Das Verhältnis der tatsächlichen Leistungsbedarfe ist also

$$\text{Verhältnis}_{tLB} = \frac{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung Nr.2.1,kein NVA}}^{q/22}}{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung Nr.2.1}}^{q/19}}.$$

Den Gesamtvertragspartnern wird zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt, zu vereinbaren, das vom Institut des Bewertungsausschusses festgestellte Verhältnis der tatsächlichen Leistungsbedarfe 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 2022 ($Vers_{q/22}$) 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

$$\text{Ausgleich Versichertenzahl} = \frac{Vers_{q/19}}{Vers_{q/22}}.$$

- 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 2022 ($PW_{q/22}$) gemäß der separaten Datenlieferung dividiert. Es ist also

$$\text{Ausgleich Änderung Punktwert} = \frac{PW_{q/19}}{PW_{q/22}}.$$

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 2022 ($tLB_{MGV \text{ gemäß Abgrenzung } q/22}^{q/22}$) multipliziert und durch die Differenz aus dieser Leistungsbedarfssumme und der Differenzbereinigungsmenge des Quartals q des Jahres 2022 gegenüber dem Quartal q des Jahres 2019 ($DBB_{q/22}^{brutto}$) aus der separaten Datenlieferung dividiert. In Formelschreibweise:

$$\text{Abbildung Bereinigung} = \frac{tLB_{MGV \text{ gemäß Abgrenzung } q/22}^{q/22}}{tLB_{MGV \text{ gemäß Abgrenzung } q/22}^{q/22} - DBB_{q/22}^{brutto}}.$$

2.6 Aus dem resultierenden Wert wird die dritte Wurzel gezogen und diese anschließend um 1 vermindert.

Im Ergebnis erhält man:

$$\text{Veränderung}_{tLB} = (\text{Verhältnis}_{tLB} \cdot \text{Ausgleich Versichertenzahl} \cdot \text{Ausgleich Änderung Punktwert} \cdot \text{Abbildung Bereinigung})^{1/3} - 1.$$

3. Vom vereinbarten Anstieg gemäß Nr. 1 wird der tatsächliche Anstieg gemäß Nr. 2 abgezogen; sofern diese Differenz negativ ist, wird sie auf null gesetzt.
4. Der Unterschreitungsbeitrag in einem KV-Bezirk für das Quartal q des Jahres 2022 wird bestimmt als Produkt aus der Differenz gemäß Nr. 3, der MGV-Leistungsbedarfssumme nach Euro-Gebührenordnung in der Abgrenzung der gesamtvertragszuständigen KV für das Quartals q des Jahres 2021 ohne die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen ($tLB_{MGV \text{ gemäß Abgrenzung } q/21, \text{kein NVA}}^{q/21}$) zuzüglich dem Minimum aus der gekennzeichneten MGV-Leistungsmenge ($NVA^{q/21}$) und dem Unterschreitungsbeitrag für das Quartal q des Jahres 2021 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung ($UB^{q/21}$) sowie dem Quotienten aus den regionalen Punktwerten des Quartals q des Jahres 2022 ($PW_{q/22}$) und des Jahres 2021 ($PW_{q/21}$). Damit wird der Unterschreitungsbeitrag bestimmt als

$$UB = \max(0; \text{Veränderung}_{vBB} - \text{Veränderung}_{tLB}) \\ \cdot \left(tLB_{MGV \text{ gemäß Abgrenzung } q/21, \text{ kein } NVA}^{q/21} + \min(NVA^{q/21}, UB^{q/21}) \right) \\ \cdot PW_{q/22} / PW_{q/21}.$$

Die Kassenärztlichen Vereinigungen berechnen den für das Quartal q des Jahres 2022 in Rechnung zu stellenden Anteil an den gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung gekennzeichneten MGV-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 578. Sitzung gekennzeichneten MGV-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 578. Sitzung gekennzeichneten MGV-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.

3. Beschlussfassung zu den erforderlichen Daten

Die für die oben beschriebenen Berechnungen notwendigen Daten werden bis zum 31. März 2022 durch einen separaten Beschluss des Bewertungsausschusses 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 581. Sitzung am 26. Januar 2022 zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2022 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs mit Wirkung zum 1. Januar 2022

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 Bewertungsausschuss hatte in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 mit Wirkung für das Jahr 2022 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. Für den Fall, dass im Jahr 2022 eine durch das Coronavirus (SARS-CoV-2) verursachte Pandemie festgestellt wird, wurde 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 analog zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu beschließen. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie zunächst für das erste und zweite Quartal des Jahres 2022 geregelt und festgelegt, dass die Vergütung dieser gekennzeichneten Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, wobei die gekennzeichneten Leistungen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unter dem Vorbehalt und nach Anwendung der Verrechnung mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des

morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zusätzlich von den Krankenkassen nach den Sätzen der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Mit dem vorliegenden Beschluss wird das Verfahren zu dieser Verrechnung geregelt.

3. Regelungsinhalte

Für diejenigen Quartale des Jahres 2022, für die der Bewertungsausschuss in seiner 578. Sitzung oder entsprechenden Folgebeschlüssen zur Kennzeichnung von Leistungen zur Vergütung als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschließt, wird ein Verfahren zur Verrechnung beschlossen. Dieses Verfahren orientiert sich an dem Verrechnungsverfahren, das im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgelegt wurde. Dabei wird entsprechend der Ankündigung aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses zur Bestimmung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs und des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs die Veränderung zwischen dem Jahr 2019 und dem Jahr 2022 bestimmt.

In Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses wird festgelegt, dass für alle betroffenen Quartale des Jahres 2022 als vereinbarter Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs die jährliche Wachstumsrate (CAGR) verwendet wird, die durch die aufeinanderfolgende Anwendung der regional vereinbarten prozentualen morbiditätsbedingten Veränderungsraten für die Jahre 2020, 2021 und 2022 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 2022 verwendet. Leistungen, die in mindestens einem der beiden Jahre in einem TSVG-Fall enthalten waren und somit zur EGV gehören würden, werden dabei 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 2022 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.

Leistungen, die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 im Jahr 2022 mit der Ziffer 88240 gekennzeichnet wurden und der MGV zugehören, werden für das jeweilige Quartal des Jahres 2022 nicht berücksichtigt. Diese Leistungen gehören zum 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. 4 des vorliegenden Beschlusses wird der Unterschreibungsbetrag bestimmt, in dem die Differenz aus dem vereinbarten und dem tatsächlichen Anstieg gemäß Nr. 3 mit der MGV-Leistungsbedarfssumme des jeweiligen Quartals des Jahres 2021 multipliziert wird. Dabei wird der Teil der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung gekennzeichneten Leistungen, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung von den Kassenärztlichen Vereinigungen aus der MGV vergütet wurden, berücksichtigt. Hierfür wird das Minimum der Leistungsbedarfssumme der gekennzeichneten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2021, die der MGV zugehören, und dem gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung bestimmten Unterschreibungsbetrag für das jeweilige Quartal des Jahres 2021 verwendet.

In Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses wird der Quotient aus dem Unterschreibungsbetrag zu der Corona-NVA-Leistungsmenge bestimmt. Sollte der Unterschreibungsbetrag 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 Unterschreibungsbeträge auch Daten, die ihm noch nicht vorliegen. Dies betrifft die regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsraten für das Jahr 2022, die regionalen Punktwerte für die Quartale des Jahres 2022 sowie die Differenzbereinigungen der Quartale des Jahres 2022 gegenüber den entsprechenden Quartalen des Jahres 2021. Die Lieferung dieser Daten wird noch in einem separaten Beschluss geregelt werden.

4. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 in Kraft.