

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in
seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben gemäß
§ 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der
Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile
der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V,
zuletzt geändert durch den Beschluss des
Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche
Beschlussfassung)**

mit Wirkung zum 2. Quartal 2021

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie Anpassungen an den Nrn. 2.2.1.2 und 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V beschlossen. Diese führten zur Verwendung des Datenquartals 2/2019 anstelle des Datenquartals 2/2020 bei der Bestimmung der Aufsatzwerte für das Quartal 2/2021. Mit dem vorliegenden Beschluss wird diese Regelung rückwirkend in Bezug auf die Bestimmung der Aufsatzwerte für das Quartal 2/2021 um die Fortschreibung von Versichertenzahländerungen und selektivvertragliche Differenzbereinigungen ergänzt.

1. Änderung von Nr. 2.2.2 des Aufsatzwerteverfahrens

Am Ende des dritten Absatzes von Nr. 2.2.2 („Kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal“) werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei der Verwendung des Datenquartals 2/2019 anstelle des Datenquartals 2/2020 mit Wirkung für das Quartal 2/2021 wird die nach dem zweiten Absatz für eine Krankenkasse berücksichtigte Leistungsmenge durch die Versichertenzahl dividiert, die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse für das Quartal 2/2019 verwendet wurde, und mit der Versichertenzahl multipliziert, die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse für das Quartal 2/2020 verwendet wurde. Im Anschluss wird von der so erhaltenen kassenspezifischen Leistungsmenge die kassenindividuelle vertragsübergreifende Bruttodifferenzbereinigungsmenge für das Quartal 2/2020 in Abzug gebracht. Die Bruttodifferenzbereinigungsmenge ergibt sich durch Multiplikation der kassenindividuell abgestimmten Nettodifferenzbereinigungsmenge mit der Summe des Leistungsbedarfs aller Krankenkassen gemäß Euro-Gebührenordnung des Quartals 2/2019 umgerechnet mit dem regionalen Punktwert des Jahres 2019 in Punkte dividiert durch den vereinbarten Behandlungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten des Quartals 2/2019. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Leistungsbedarf zu Behandlungsbedarf ist die MGV-Abgrenzung des Quartals 2/2020 zugrunde zu legen und sind die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nm. 3 bis 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Quartal 2/2019 auszuschließen.

Für die Bestimmung der kassenindividuellen Anteile wird der für die KV insgesamt heranzuziehende Leistungsbedarf als Summe der so fortgeschriebenen Leistungsmengen aller Kassen verwendet.“

2. Rückwirkende Umsetzung

Die sich aus Nr. 1 rückwirkend ergebenden Änderungen der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe des Quartals 2/2021 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen auf geeignet nachvollziehbare Weise transparent gemacht. Die Verrechnung erfolgt in Form eines bundeseinheitlich vorgegebenen Vorgangs im Formblatt 3 des ersten Quartals 2022 oder nach Abstimmung der regionalen Gesamtvertragspartner in Form einer Korrekturlieferung des Formblatts 3 für das Quartal 2/2021. Die geänderten kassenspezifischen Behandlungsbedarfe für das Quartal 2/2021 werden zudem in Form einer Korrekturlieferung der Satzart KASSRG87aMGV gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) übermittelt.

Protollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 2. Quartal 2021

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden zum einen Kriterien festgelegt, die zur Beurteilung einer pandemiebedingten Beeinflussung der Datengrundlagen heranzuziehen sind, und zum anderen Alternativen vorgegeben für den Fall der Nichtverwendbarkeit der Datengrundlagen.

Auf Basis von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für das Quartal 2/2020 im Vergleich zum Quartal 2/2019 wurden entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung die Nutzung der Daten des Quartals 2/2019 für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs des Quartals 2/2021 vorgegeben.

Auswertungen haben gezeigt, dass durch das Heranziehen ausschließlich der Daten des Quartals 2/2019 Verzerrungen bezogen auf die Anteile der einzelnen Krankenkassen auftreten, da die Fortschreibung der Versichertenzahl und die Berücksichtigung der selektivvertraglichen Differenzbereinigung nicht abgebildet sind.

Mit diesem Beschluss wird eine Neuberechnung der kassenspezifischen Anteile am Behandlungsbedarf für das Quartal 2/2021 unter Fortschreibung der Versichertenzahl

und die Berücksichtigung der selektivvertraglichen Differenzbereinigung vorgegeben. Zur Vereinfachung der Berechnung erfolgt die Bestimmung der Brutto-Differenzbereinigungsmenge durch Rückrechnung der vorliegenden Netto-Differenzbereinigungsmenge mit dem Verhältnis aus Leistungsbedarf zu Behandlungsbedarf jeweils bezogen auf den gesamten KV-Bezirk.

Der Ausweis in der kassenseitigen Rechnungslegung erfolgt mittels bundeseinheitlich vorgegebenem Vorgang im Formblatt 3 des 1. Quartals 2022 oder nach Abstimmung der regionalen Gesamtvertragspartner einer Korrekturlieferung des Formblatts 3 für das 2. Quartal 2021. Zudem erfolgt eine Korrekturlieferung der KASSRG87aMGV-Daten gemäß dem Beschluss aus der 437. Sitzung, zuletzt geändert durch Beschluss aus der 514. Sitzung, um die Ergebnisse für alle Beteiligten verfügbar zu machen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 2. Quartal 2021 in Kraft.