

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 gesamtvertragszuständigen 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.