

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 Veränderungsrate 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 Unterschreitungsbetrag 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 Unterschreitungsbetrag für das jeweilige Quartal des Jahres 2021 verwendet.

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 Veränderungsdaten 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.