

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 539. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-
CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 mit einer Unterschreitung des
vereinbarten Anstiegs des morbiditybedingten
Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des
Leistungsbedarfs**

mit Wirkung zum 31. Dezember 2020

Präambel

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020 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 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss aus der 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), konkretisiert wurde, wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie geregelt.

Verrechnungsverfahren

Für das erste bis dritte Quartal des Jahres 2020 wird die in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 441. Sitzung des Bewertungsausschusses am 14. August 2019 angekündigte Verrechnung mit einer Unterschreitung für den nicht vorhersehbaren Anstiegs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht umgesetzt.

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im vierten Quartal des Jahres 2020 aufgrund des Ausnahmeereignisses SARS-CoV-2-Pandemie wird ex post entsprechend dem folgenden Verfahren mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs verrechnet.

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet für das vierte Quartal des Jahres 2020 bis zum 15. August 2021 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 die regional vereinbarte morbiditätsbedingte Veränderungsrate für das Jahr 2020 verwendet, die dem Institut des Bewertungsausschusses in einer separaten Datenlieferung von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt wird. Dieser wird bezeichnet mit

Veränderung_{vBB}.

2. Der tatsächliche Anstieg in einem KV-Bezirk in Prozent 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 vierten Quartal des Jahres 2019 mindestens einmal eine Kennzeichnung als MGV-Leistung aufweisen. Zudem werden MGV-Gebührenordnungspositionen berücksichtigt, die insbesondere aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie oder der EBM-Reform im Jahr 2020 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. 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 vierten Quartal des Jahres 2020

($tLB_{\text{mind.1x in MGVGemäß Abgrenzung 4/19,kein NVA}}^{4/20}$) und im vierten Quartal des Jahres 2019 ($tLB_{\text{mind.1x in MGVGemäß Abgrenzung 4/19}}^{4/19}$) gebildet und die beiden Summen durcheinander dividiert. Dabei werden für das vierte Quartal des Jahres 2020 die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gekennzeichneten Leistungen nicht berücksichtigt. Die Veränderung des tatsächlichen Leistungsbedarfs ist also

$$\text{Veränderung}_{tLB,roh} = \frac{tLB_{\text{mind.1x in MGVGemäß Abgrenzung 4/19,kein NVA}}^{4/20}}{tLB_{\text{mind.1x in MGVGemäß Abgrenzung 4/19}}^{4/19}}$$

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 vierten Quartal des Jahres 2019 ($Vers_{4/19}$) multipliziert und durch die entsprechende Gesamtzahl im vierten Quartal 2020 ($Vers_{4/20}$) 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

$$\text{Ausgleich Versichertenzahl} = \frac{Vers_{4/19}}{Vers_{4/20}}$$

- 2.4 Der resultierende Wert wird mit dem jeweiligen regionalen Punktwert des vierten Quartals 2019 ($PW_{4/19}$) gemäß der separaten Datenlieferung multipliziert und durch den jeweiligen regionalen Punktwert des vierten Quartals 2020 ($PW_{4/20}$) gemäß der separaten Datenlieferung dividiert. Es ist also

$$\text{Ausgleich Änderung Punktwert} = \frac{PW_{4/19}}{PW_{4/20}}$$

- 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 vierte Quartal des Jahres 2020 ($tLB_{\text{MGVGemäß Abgrenzung 4/20}}^{4/20}$) multipliziert und durch die Differenz aus dieser Leistungsbedarfssumme und der Differenzbereinigungsmenge des vierten Quartals des Jahres 2020 gegenüber dem vierten Quartal des Jahres 2019 ($DBB_{4/20}^{\text{brutto}}$) aus der separaten Datenlieferung dividiert. In Formelschreibweise:

$$\text{Abbildung Bereinigung} = \frac{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } 4/20}^{4/20}}{tLB_{MGV\text{gemäß Abgrenzung } 4/20}^{4/20} - DBB_{4/20}^{\text{brutto}}}$$

2.6 Der resultierende Wert wird um 1 vermindert und mit 100 % multipliziert.

Im Ergebnis erhält man:

$$\text{Veränderung}_{tLB} = (\text{Veränderung}_{tLB,roh} \cdot \text{Ausgleich Versichertenzahl} \cdot \text{Ausgleich Änderung Punktwert} \cdot \text{Abbildung Bereinigung} - 1) \cdot 100\%.$$

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 dem basiswirksam vereinbarten Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2019 gemäß den KASSRG87aMGV_SUM-Daten ($BB^{4/19}$), dem regionalen Punktwert des vierten Quartals 2020 ($PW_{4/20}$) und der Differenz gemäß Nr. 3. Damit wird der Unterschreitungsbeitrag bestimmt als

$$UB = BB^{4/19} \cdot PW_{4/20} \cdot \max(0; \text{Veränderung}_{vBB} - \text{Veränderung}_{tLB}).$$

Die Kassenärztlichen Vereinigungen berechnen den für das vierte Quartal des Jahres 2020 bis zum 30. September 2021 rückzuerstattenden Anteil an den gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gekennzeichneten Leistungen aller Krankenkassen dividiert. Ist dieser Quotient größer als 1, wird er auf 1 gesetzt. Der resultierende Wert wird mit 100 % multipliziert.
6. Die Summe der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden nach regionaler Euro-Gebührenordnung bewerteten und gemäß dem Beschluss aus der 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gekennzeichneten Leistungen wird mit dem Prozentsatz gemäß Nr. 5 multipliziert.

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

Ankündigung einer Beschlussfassung zu einer separaten Datenlieferung

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. Januar 2021 einen Beschluss fassen, der die für die oben beschriebenen Berechnungen notwendigen Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses regelt.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 539. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Liste mit MGV-Gebührenordnungspositionen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.1 dieses Beschlusses

GOP	GOP-Kurzbezeichnung
01433	Zuschlag Telefonate (N-P-Fächer)
01434	Zuschlag Telefonate (andere Fachgruppen)
02403	Zuschlag zur GOP 02402
14223	Videogestützte Maßnahmen Sozialpsychiatrie
40122	Porto (90 Cent)
88122	Porto (90 Cent)

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 539. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs mit Wirkung zum 31. Dezember 2020

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 441. Sitzung am 14. August 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020 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 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss aus der 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), konkretisiert wurde, wurde die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie geregelt.

3. Regelungsinhalte

Für das erste bis dritte Quartal des Jahres 2020 wird der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht mit einer Unterschreitung verrechnet.

Für das vierte Quartal des Jahres 2020 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.

In Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses wird festgelegt, dass als vereinbarter Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vom vierten Quartal 2019 auf das vierte Quartal 2020 die regional vereinbarte morbiditätsbedingte Veränderungsrate für das Jahr 2020 verwendet wird.

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 vierten Quartals 2019 auch für das vierte Quartal 2020 angewendet. Leistungen, die im vierten Quartal mindestens eines 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 vierten Quartal 2019 außerhalb von TSVG-Fällen zur MGV gehörten. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es im vierten Quartal 2019 weniger TSVG-Fälle gab.

MGV-Gebührenordnungspositionen, die insbesondere aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie oder der EBM-Reform im Jahr 2020 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 vorliegenden Beschlusses 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 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im vierten Quartal 2020 mit der Ziffer 88240 gekennzeichnet wurden und ohne diese Kennzeichnung zur MGV gehören würden, werden für das vierte Quartal des Jahres 2020 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 Unterschreitungsbeitrag zu der Corona-NVA-Leistungsmenge bestimmt. Sollte der Unterschreitungsbeitrag größer als die Corona-NVA-Leistungsmenge sein, so wird der Quotient auf 1 gesetzt. Der Quotient wird in Prozent umgerechnet. Der resultierende Wert ist der Anteil an den bereits insgesamt von den Krankenkassen bezahlten Corona-NVA-Leistungen, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen zurückerstattet wird. In Nr. 6 des vorliegenden Beschlusses wird der konkrete Rückerstattungsbetrag für jede einzelne Krankenkasse bestimmt.

Das Institut des Bewertungsausschusses benötigt für die Berechnung der Unterschreitungsbeiträge auch Daten, die ihm noch nicht vorliegen. Dies betrifft die regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsraten für das Jahr 2020, die regionalen Punktwerte für das vierte Quartal 2019 und 2020 sowie die Differenzbereinigungsmenge des vierten Quartals 2020 gegenüber dem vierten Quartal 2019. Daher wird eine Beschlussfassung über eine Lieferung der entsprechenden Daten angekündigt.

4. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss tritt mit Wirkung zum 31. Dezember 2020 in Kraft.