

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 mit Wirkung zum 31. August 2014**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich bis spätestens zum 31. August Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 4 SGB V zu beschließen.

Dazu hat der Bewertungsausschuss zuletzt in seiner 312. Sitzung am 14. August 2013 einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 31. August 2013 für das Jahr 2014 gefasst, der insbesondere das heranzuziehende Berechnungsverfahren beschreibt.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses bestimmt das Verfahren zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses aus Nr. 4 des Beschlusses aus der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses.

#### **3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen**

##### **3.1 Datengrundlage**

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Änderung durch den Beschluss der 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 273. Sitzung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V einen Beschluss zur Übermittlung von für die Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das

Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses gefasst. Der Beschluss in der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses präzisiert das Verfahren zur Lieferung von Korrekturdaten und der Verfahrensablauf zur Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe wurde detaillierter festgelegt.

Die Datengrundlage wird grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten basierend auf den Jahren 2014 und 2015 festgelegt wird. Aufgrund der Verwendung eines zeitgleichen Modells bei der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs kann es bei der Abgrenzung der Datengrundlage zu Abweichungen gegenüber der Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten kommen, die auf einem 2-jährig prospektiven Modell beruhen.

Der Bezug zur Geburtstagsstichprobe stellt die methodische Fortführung der bisherigen Beschlusslage dar.

### **3.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem**

Die Verwendung eines zeitgleichen unkomprimierten Modells des Klassifikationssystems entspricht der Festlegung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil E, in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 und der Festlegung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 288. und 312. Sitzung und wird auch für die Ermittlung für das Jahr 2015 übernommen. Weiterhin können die erwarteten Leistungsbedarfe vorliegender Risikoklassen von Akuterkrankungen durch ein zeitgleiches unkomprimiertes Modell besser geschätzt werden, da die Bestimmung der Kostenfolgen der Akuterkrankungen innerhalb eines Jahres erfolgt.

Als Konsequenz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 die zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z08a) hinsichtlich der aufgrund der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM für das Jahr 2015 erforderlichen Änderungen der Diagnosezuordnung zu den Risikokategorien aktualisiert. Darüber hinaus wird geprüft, welche Änderungen aus der medizinischen Anpassung des Klassifikationssystems für die Ermittlung der Veränderungsdaten zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste Version des Klassifikationssystems bis zum 30. November 2015 frei.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene, zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2014 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2014) und Leistungsbedarf (2014) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2014 auf der Grundlage hierarchisierter Risikokategorien kalibriert.

Durch die Kalibrierung gemäß dem mit dem Institut des Bewertungsausschusses abgestimmten Kalibrierungsalgorithmus resultieren die Kosten- bzw. Relativgewichte der hierarchisierten Risikokategorien für das zeitgleiche Modell der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems, die die Grundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 bilden.

Die Kalibrierung eines zeitgleichen Modells stellt die methodische Fortführung der bisherigen Beschlusslage dar.

Die Festlegung der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30. November 2016, so dass ggf. Spezifika der dann vorliegenden Datengrundlage (z. B. Festlegung zum Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern, spezifische Kalibrierungsalgorithmen) und der dann aktuelle Stand der Anpassung des Klassifikationssystems berücksichtigt werden können.

### **3.3 Kennzeichnung und Vergütung**

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 des Beschlusses, die zusammen einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auslösen können, stellt die Ermittlung auf die bisher geltende Beschlussgrundlage mit Beschränkung auf die im folgenden aufgelisteten Akuterkrankungen von Infektionen und Atemwegserkrankungen:

HCC-Nr.	Bezeichnung
002	Sepsis/Schock
003	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems
004	Tuberkulose
005	Opportunistische Infektionen
006	Andere Infektionskrankheiten
112	Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
115	Akute Bronchitis, Grippe

Die Festlegung, dass der nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von einigen ausgewählten akuten Erkrankungen durch das Institut des Bewertungsausschusses für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung gesondert zu ermitteln ist, trägt der Tatsache Rechnung, dass nach den Vorgaben des Gesetzgebers die Empfehlungen des Bewertungsausschusses differenziert an die regionalen Partner der

Gesamtverträge erfolgen sollen. Das Institut des Bewertungsausschusses soll bei der Berechnung folgendermaßen vorgehen:

1. Der Anstieg der ausgewählten HCCs zusammen ergibt sich aus den durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten HCCs je Versicherten des Jahres 2014 und den durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten HCCs je Versicherten des Jahres 2015 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2014. Dabei wird der Anstieg nicht einzeln für jede ausgewählte HCC berechnet, sondern ein Anstieg für alle ausgewählten HCCs zusammen.
2. Die gleiche Berechnung erfolgt für alle HCCs, inklusive der ausgewählten HCCs. Wenn der so berechnete Anstieg für alle HCCs größer als oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird der so berechnete Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert. Wenn der Anstieg kleiner als 0,1 Prozent ist, wird der berechnete Anstieg um 0,015 Prozentpunkte erhöht.
3. Übersteigt der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Prozentwert, so gilt die Differenz der Prozentwerte aus Nr. 1 und Nr. 2 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent.
4. Der nicht vorhersehbare Anstieg in Prozent, multipliziert mit der Kostengewichtssumme (Relativgewichtssummen multipliziert mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf in Punkten) der ausgewählten HCCs des Jahres 2014, ergibt den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in Punkten.

Der Schwellenwert von fünfzehn Prozent verringert den Einfluss zufälliger Schwankungen innerhalb der Komponenten des Klassifikationsmodells und begrenzt die Wahrscheinlichkeit, diese fälschlicherweise als nicht vorhersehbaren Anstieg auszuweisen. Um den möglicherweise vorhandenen Messfehler bei kleinen Anstiegen unter 0,1 Prozent zu korrigieren, werden die ermittelten Anstiege dieser KV-Bezirke additiv um 0,015 Prozentpunkte erhöht. Dadurch erhöht sich der Schwellenwert bei kleinen Anstiegen auf über fünfzehn Prozent. Zugleich wird die Wahrscheinlichkeit eines fälschlichen Ausweisens zufälliger Unterschiede zwischen den Anstiegen der Akut-HCC und aller HCC als nicht vorhersehbarer Anstieg weiter verringert.

### **3.4 Fristen**

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen bis zum 31. Juli 2017 vor. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2017 über die Empfehlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 beschließen.

Mit dieser Festlegung stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass die Beschlussfassung zum nicht vorhersehbaren und zusätzlich zu vergütenden Anstieg des Behandlungsbedarfs nicht isoliert erfolgt, sondern im Zusammenhang mit dem

Beschluss zu den Empfehlungen für die Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2018 steht. Nach den Verfahren in Nr. 4 des Beschlusses ist dabei insbesondere auf die Vermeidung von Doppelzahlungen zu achten.

Die Partner der Gesamtverträge stellen den mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V bewerteten, zusätzlich zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum.

Auch hierbei sind die Verfahren gemäß Nr. 4 des Beschlusses zu beachten.

#### **4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen**

Auch die besondere Regelung im Fall gravierender Ausnahmeereignisse, die zusätzliche morbiditätsbedingte Leistungen in erheblichem Umfang verursachen können, war bereits Gegenstand der vorangehenden Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung und der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung sowie 312. Sitzung.

Danach liegt ein nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vor, wenn Ausnahmeereignisse eintreten, insbesondere

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert-Koch-Institut oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2015 im Zusammenhang mit derartigen Ausnahmeereignissen erbracht werden und besonders zu kennzeichnen sind, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs. Die Partner der Gesamtverträge regeln das Nähere zu deren zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2015 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

Die Verfahren nach Nr. 4 des Beschlusses sind zu beachten.

##### **4.1 Kennzeichnung und Vergütung**

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 3 des Beschlusses aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen.

Die anlassbezogene und jeweils gesondert festzulegende Kennzeichnung ärztlicher Leistungen stellt sicher, dass deren Abrechnung transparent und klar getrennt von Leistungen erfolgt, die mit einem eventuellen überproportionalen Anstieg von akuten Erkrankungen zusammenhängen.

#### **4.2 Fristen**

Die nach Nr. 3.1 des Beschlusses gekennzeichneten Leistungen werden nach Vorlage der entsprechenden Abrechnungen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum, von der jeweiligen Krankenkasse nach den Sätzen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungen für den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

#### **5. Vermeidung von Doppelzahlungen**

Auch die Festlegung, dass die Empfehlungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 gemäß der Nrn. 2 und 3 des Beschlusses nicht zu Doppelzahlungen bei der Gesamtvergütung für das Jahr 2015 und für die Folgejahre führen darf, war bereits Bestandteil der vorangehenden Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung und der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses in seiner 288. und 312. Sitzung. Diese Festlegung bezieht sich sowohl auf die Trennung der Vergütung von Ausnahmeereignissen und einem überproportionalen Anstieg von akuten Erkrankungen als auch auf die bereits im Zusammenhang mit der Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen stehenden Vereinbarung der Gesamtvertragspartner. Der Bewertungsausschuss hat das Institut des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung beauftragt, hierzu bis zum 31. Mai 2014 geeignete Verfahren zu entwickeln sowie ein Verfahren zu entwickeln, wie eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erfolgen kann.

#### **6. Anpassung von Fristen**

Die Anpassung der Termine für die Festlegung der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2013 bzw. 2014 (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. bzw. 312. Sitzung) auf spätere Termine (31. März 2015 bzw. 30. November 2015) erfolgt einerseits um die Vorgaben zur Verfahrensermittlung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu erfüllen, sowie andererseits, um der Arbeitsebene die notwendigen Vorlaufzeiten zur Festlegung der technischen Einzelheiten und zur Vorlage der Berechnungsergebnisse bis zum 31. Juli der Jahre 2015 bzw. 2016 einzuräumen.

#### **7. Inkrafttreten**

Der Beschluss des Bewertungsausschusses bezüglich der Empfehlung zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 tritt mit Wirkung zum 31. August 2014 in Kraft.