

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2017 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V sowie zu Untersuchungsaufträgen an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell mit Wirkung zum 31. August 2016

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2016 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Hierzu ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden, das in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und fortentwickelt werden kann. Dabei ist die Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V zu aktualisieren.

In seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 hat der Bewertungsausschuss in Teil A Vorgaben zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemacht und beschlossen, bis zum 30. Juni 2016 das mit Wirkung für das Jahr 2017 zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung zu beschließen.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung trifft in Teil A Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2017. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2017 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bis zum 15. September 2016.

In Teil B des vorliegenden Beschlusses werden Untersuchungsaufträge zur Vorbereitung der Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell beschlossen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

In Nr. 1 des Teils A des vorliegenden Beschlusses wird die Verwendung der aktuellen Version des Klassifikationssystems, das die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien beinhaltet, geregelt. Es wird das Klassifikationssystem in der Version p10a verwendet, welches der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 413. Sitzung am 6. Juli 2016 freigegeben hat. Gegenüber der vorherigen Version wurden darin insbesondere Überleitungen von Diabetes-ICD-Kodes (Typ I bzw. Typ II) mit Altersbegrenzungen versehen, und außerdem der ICD-Kode E55.9 (Vitamin-D-Mangel) in die eine Hierarchiestufe niedriger liegende Risikokategorie „Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen“ sowie der ICD-Kode R29.6 (Sturzneigung) in die sog. „Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ zunächst auf ein Jahr befristet verschoben. Die Änderungen bzgl. der ICD-Kodes E55.9 und R29.6 waren aufgrund von starken Zunahmen der entsprechenden Diagnoseprävalenzen u. a. aufgrund geänderter Rahmenbedingungen (EBM) erforderlich und erfolgten gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung Nr. 1 b lit. bb) regelbasiert. Diese Änderungen wurden auf zunächst ein Jahr beschränkt, da die systematische Überarbeitung der gesamten Zuordnungen der ICD-Kodes in diese Risikokategorien und ihre Hierarchiestränge noch nicht erfolgt ist und für das kommende Jahr vorgesehen ist.

Ebenfalls in Nr. 1 des Teils A des vorliegenden Beschlusses wird festgelegt, dass die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 aufsetzt, wobei die Modellausgestaltung Gegenstand der folgenden Abschnitte von Teil A des vorliegenden Beschlusses ist.

In Nr. 2 von Teil A des vorliegenden Beschlusses wird die zur Bestimmung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 15. März 2016 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2012 bis 2014, den Fusionsstand zum 4. Januar 2016 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2013 und 2014.

Zur eindeutigen Trennung der Mengen- von Preiseffekten bei der Vereinbarung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Absatz 4 SGB V wird wie bereits im Vorjahr der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird gemäß Anlage 2 Feld 09 der Satzart 210 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für die in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen eines Abrechnungsfalls direkt der Wert aus dem Feld 08 der Satzart 210 herangezogen.

Für gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Euro bewertete Leistungen wird, abweichend zu den Festlegungen des Vorjahres, der im Feld 08 der Satzart 210 angegebene Wert mithilfe des für alle Quartale geltenden, für das Jahr 2014 konstanten Orientierungswertes in Punkte umgerechnet. Ist die Gebührenordnungsposition gemäß Feld 09 der Satzart 210 weder in Punkten noch in Euro bewertet, so wird der im Feld 11 der Satzart 210 angegebene Wert gemäß Euro-Gebührenordnung herangezogen und mithilfe des geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet. Analog erfolgt auch die Bestimmung der Leistungsbedarfsanteile zur Gewichtung der Versichertengruppen gemäß Nr. 4.2 des Beschlusstils A auf der Grundlage des Leistungsbedarfs in der Einheit Punkte.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlusses enthaltene Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2014 in Nr. 2.2.5 von Teil A des Beschlusses wurde aktualisiert. In diesem Zusammenhang wurden die Vereinfachungen in der Festlegung zur Abgrenzung des Leistungsbedarfs der Leistungssegmente PROB_KM87a und KNEP_KM87a wieder rückgängig gemacht, da es in diesem Jahr erstmalig genauer möglich ist, die Leistungen über entsprechende Gebührenordnungspositionen zu identifizieren. Die im Jahr 2014 abgerechneten humangenetischen Leistungen konnten dabei hingegen aufgrund der Komplexität der Überleitungen bei der Berechnung der Veränderungsdaten für 2017 noch nicht entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung berücksichtigt werden. Dies ist erst für die kommenden Jahre geplant. Ebenso wurde auf eine Berücksichtigung von Katalogeffekten für die quantitative Bestimmung mittels Immunoassay gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung, für Notfallpauschalen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 344. Sitzung und für delegationsfähige Leistungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung verzichtet, da die Auswirkungen vernachlässigbar erschienen.

Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2017 beschließen, wird der Bewertungsausschuss darüber entscheiden, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2017 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2017 zu erfol-

gen hat und eine Anpassung der Anlage des vorliegenden Beschlusses entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung vornehmen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe wurde festgestellt, dass sich, vermutlich als datentechnische Auswirkung aufgrund der flächendeckenden Einführung und Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte, die Datenzusammenführung von pseudonymisierten Versichertenstammdaten und pseudonymisierten Abrechnungsdaten in der Geburtstagsstichprobe weiter verbessert hat. Als Folge der durch eine verbesserte Datenzusammenführung erhöhten Datenqualität hat sich unter anderem auch das Verhältnis des durchschnittlichen Leistungsbedarfs in der Versichertenstichprobe zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller GKV-Versicherten vom Jahr 2013 zum Jahr 2014 leicht erhöht, d. h. dass Leistungsbedarfe und Diagnosen den Versicherten in 2014 umfassender zugeordnet werden können als im Jahre 2013. Das Institut des Bewertungsausschusses wird gemäß Beschlussteil B Nr. 3 Ziffer 1 bis zum 31. März 2017 untersuchen, ob und wie sich die oben beschriebene verbesserte Datenqualität auf die in der Datengrundlage abgebildete Morbiditätsstruktur der Versicherten im Zeitverlauf anteilig auswirkt. Der Bewertungsausschuss wird gemäß Nr. 8 von Beschlussteil A etwaige Verzerrungen der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zwischen 2013 und 2014 aufgrund längsschnittlich veränderter Datenqualität mit den diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 verrechnen und in seinem Beschluss zu den Berechnungsvorgaben für das Jahr 2018 auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Ziffer 1 in Nr. 3 von Teil B entscheiden, ob und in welcher Höhe eine solche Korrektur vorgenommen wird.

Der Teil B des vorliegenden Beschlusses beschließt Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell. Der Bewertungsausschuss beabsichtigt, die Ergebnisse der Untersuchungen bei der Beschlussfassung der Festlegungen des im Jahr 2017 zu verwendenden Klassifikationsmodells zu berücksichtigen.

Nr. 1 von Teil B stellt als Erfordernis dieser Beschlussfassung die noch eingehendere Eignungsprüfung für die von den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in die Beratungen eingebrachten Vorschläge zu den Festlegungen für das Klassifikationsmodell fest.

In Teil B Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der in Nr. 3 priorisierten Untersuchungsthemen bis zum 31. März 2017 beauftragt. Die Rangfolge der durchzuführenden Untersuchungen beruht auf dem Vorschlag des zur Moderation der Beratungen auf der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses hinzugezogenen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses.

Die Konzeption und Spezifikation der Untersuchungen in Nr. 3 von Teil B soll in Abstimmung zwischen dem Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses und dem Institut des Bewertungsausschusses und im Benehmen mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zum 31. Oktober 2016 erfolgen. Durch diese Regelung wird nicht nur sichergestellt, dass unterschiedliche Auffassungen der Trägerorganisationen zur Ausgestaltung der Untersuchungen die fristgerechte Durchführung nicht verhindern, sondern es wird auch erreicht, dass anhand der Priorisierung feststeht, in welcher Reihenfolge die Untersuchungen durchgeführt werden, wobei den Trägerorganisationen die Mitwirkungsmöglichkeit dadurch eingeräumt wird, dass die Untersuchungsaufträge im Benehmen mit den Trägerorganisationen spezifiziert und durchgeführt werden.

Die Untersuchungsaufträge beziehen sich auf Protokollnotizen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 309., 332. und 355. Sitzung und geben die aus den geführten Beratungen von den Trägerorganisationen eingebrachten konkreten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells wieder, das der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 6 SGB V für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln kann und dazu die Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zugrunde legt.

Aus diesem Grund wird in Teil B Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses festgelegt, dass die in Teil B Nr. 3 aufgeführten Untersuchungen die im Beschluss der 355. Sitzung des Bewertungsausschusses enthaltenen Protokollnotizen inhaltlich ablösen, soweit sie diesen inhaltlich entsprechen. Die weiteren, nicht durch die in Teil B Nr. 3 aufgeführten Untersuchungen erledigten Arbeitsaufträge des Instituts des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der AG Grouperanpassung bleiben von der Beauftragung im ersten Absatz unberührt.

In Nr. 5 von Teil B wird festgestellt, dass das Institut des Bewertungsausschusses von der AG Grouperanpassung nur einvernehmlich mit Untersuchungen beauftragt wird. Sofern dabei kein Einvernehmen hergestellt werden kann, ist hierüber zunächst im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses zu beraten und anschließend ggf. der Bewertungsausschuss zeitnah um Entscheidung zu bitten. Damit soll die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass bis zur Beschlussfassung zu den Festlegungen für das für die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell am 30. Juni 2017 hinreichende unabhängige Untersuchungsergebnisse des Instituts zu den Weiterentwicklungsvorschlägen der beiden Trägerorganisationen vorliegen.

In Nr. 6 von Teil B wird schließlich die Bereitstellung und Transparenz der erstellten Untersuchungsergebnisse, einschließlich der zu deren Zustandekommen festgelegten Konzepte und Spezifikationen, der nach Teil B Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses

durchgeführten Untersuchungen geregelt. Die zur Transparenz der Berechnungen erforderlichen und bisher nicht im Rahmen bestehender Datenlieferungen übermittelten Daten werden den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses vom Institut des Bewertungsausschusses in geeigneter Form zur Verfügung gestellt.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses tritt mit Wirkung zum 31. August 2016 in Kraft.