

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2017 mit Wirkung zum 31. August 2016

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 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 Abs. 3 Satz 4 SGB V zu beschließen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses beschließt als Vorbereitung der Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Verfahren, mit dem der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017 bestimmt wird.

Als Folge der in diesem Beschluss, gegenüber entsprechenden Beschlüssen der Vorjahre, vorgesehenen Terminänderungen und Versionsanpassungen des im Verfahren verwendeten zeitgleichen Klassifikationssystems erfolgt eine korrigierende Anpassung der analogen Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 und in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

3.1 Datengrundlage

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage zur Feststellung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für

die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten basierend auf den Jahren 2016 und 2017 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 Datengrundlage zur Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten kommen, die auf einem zweijährig-prospektiven Modell beruht.

Der Bezug zur Geburtstagsstichprobe sowie die unterschiedliche Abgrenzung der Datengrundlage in Zusammenhang mit der Ermittlung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten führt die bisherige Beschlusslage methodisch fort.

3.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Verwendung eines zeitgleichen Modells des Klassifikationssystems entspricht der bisherigen Beschlusslage zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen und wird auch für die Ermittlung für das Jahr 2017 übernommen. Der wesentliche Grund für die Verwendung eines zeitgleichen Modells ist, dass die erwarteten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfe der Versicherten mit ausgewählten Risikokategorien von Akuterkrankungen besser geschätzt werden können, wenn die Bestimmung des Zusammenhangs zwischen Risikokategorien und morbiditätsbedingtem Leistungsbedarf aufgrund von Akuterkrankungen periodengleich erfolgt.

Als Konsequenz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird die zeitgleiche Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (voraussichtlich Version z12a) hinsichtlich der aufgrund der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM erforderlichen Änderungen der Diagnosezuordnung zu den Risikokategorien aktualisiert und durch den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2018 freigegeben. Diese Version wird an die im Jahr der Berechnung gültige Version der ICD-10-GM angepasst. Darüber hinaus wird geprüft, welche Änderungen aus der medizinischen Anpassung des in demselben Jahr für die Ermittlung der Veränderungsraten verwendeten prospektiven Klassifikationssystems zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste Version des Klassifikationssystems (voraussichtlich Version z13a) bis zum 30. Juni 2019 frei.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene, zeitgleiche Version des Klassifikationssystems mit hierarchisierten Risikokategorien wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2016 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2016) und Leistungsbedarf (2016) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2020 zugrunde liegt.

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 aufgrund von Akuterkrankungen für das Jahr 2017 bilden.

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

Zur Nutzung innerhalb der Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden die zeitgleichen Relativgewichte aller bzw. ausgewählter Risikokategorien eines Versicherten summiert und als seine Relativgewichtssumme für alle bzw. ausgewählte Risikokategorien bezeichnet. Der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert dieser Relativgewichtssummen aller Versicherten ergibt dann je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung die entsprechende zeitgleiche durchschnittliche Relativgewichtssumme.

3.3 Kennzeichnung und Vergütung

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 des vorliegenden Beschlusses, die zusammen einen zusätzlich zu vergütenden 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 Akuterkrankungen 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.

Falls es aufgrund der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems erforderlich sein sollte, die hier als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnete Liste von Risikokategorien anzupassen, sind entsprechende Vorgaben zu Änderungen der oben aufgeführten acht HCCs in den unter Nr. 2.4 angegebenen Beschluss zu den Festlegungen der technischen Einzelheiten aufzunehmen.

Das Institut des Bewertungsausschusses soll bei der Berechnung folgendermaßen vorgehen:

1. Der Anstieg der ausgewählten Risikokategorien zusammen ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2016 und 2017 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2016. Dabei wird der Anstieg nicht einzeln für jede ausgewählte Risikokategorie berechnet, sondern ein Anstieg für alle ausgewählten Risikokategorien zusammen.
2. Die gleiche Berechnung erfolgt für alle Risikokategorien, inklusive der ausgewählten Risikokategorien und der Alters- und Geschlechtskategorien. Wenn der so berechnete Anstieg für alle Risikokategorien 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 additiv um 0,015 Prozentpunkte erhöht.
3. Im dritten Schritt wird als Änderung zur Beschlusslage in den vorangegangenen Jahren präzisierend festgelegt, dass, wenn der Prozentwert nach Nr. 2 des Beschlusses, d. h. der Anstieg aller Risikokategorien, negativ ist und zugleich das Gewicht der diagnosebezogenen Veränderungsrate bei der gewichteten Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2019 gleich null ist, der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gleich null gesetzt wird.
Übersteigt andernfalls der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Prozentwert, wobei der in Nr. 2 ermittelte Prozentwert auf null gesetzt wird, wenn dieser negativ sein sollte, 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 dem Produkt aus der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichteten Summe der Risikowerte der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2016 und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf in Punkten (definiert als der mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Modells nach Nr. 2.2 des Beschlusses), ergibt für jede Kassenärztliche Vereinigung den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in Punkten, ohne Berücksichtigung der Verfahren gemäß Nr. 2.4 des vorliegenden Beschlusses.

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 ausgewählten Risikokategorien und aller Risikokategorien als nicht vorhersehbarer Anstieg weiter verringert.

3.4 Fristen zur Beschlussfassung zu Festlegungen der technischen Einzelheiten und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegungen der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells sowie das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und das Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2019. Festlegungen im Rahmen der Spezifikation des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 können so ggf. auch bei der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Grundlage für die Festlegungen der technischen Einzelheiten sind die vom Bewertungsausschuss in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 beschlossenen Festlegungen, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind. Dabei wurden insbesondere die Festlegungen zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erstmals in der 360. Sitzung in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung beschlossen.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen bis zum 20. August 2019 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2019 über die Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der berichteten Ergebnisse für das Jahr 2017 beschließen.

Mit dieser Festlegung stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass die Beschlussfassung zum zusätzlich zu vergütenden nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht isoliert erfolgt, sondern im Zusammenhang mit dem Beschluss zu den Empfehlungen für die Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2020 steht.

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 in Form eines nicht basiswirksamen Aufschlags auf den vereinbarten Behandlungsbedarf des 4. Quartals 2018 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum. Der Bezug auf das 4. Quartal 2018 ergibt sich aus der anzustrebenden Zeitnähe der Erstattung durch die Krankenkassen.

4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten 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., 312., 333. und 360. Sitzung.

Danach liegt ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten 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 2017 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 2017 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

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 und Berücksichtigung von gesonderten Verfahren zu Verrechnungen bzw. zur Vermeidung von Doppelzahlungen

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 morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

Sofern ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen eintritt, ist ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen sowie ein Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung anzuwenden. Entsprechende Festlegungen dazu sind im Zusammenhang mit dem Eintritt von Ausnahmeereignissen nach Nr. 3 durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

5. Anpassung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 333. und 360. Sitzung

Die Anpassung der Termine bzw. Ergänzung von Terminen und Versionen für die Freigabe der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2015 bzw. 2016 (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. bzw. 360. Sitzung) auf spätere Termine erfolgt einerseits, um jeweils eine Anpassung an die im Jahr der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gültige Jahresversion der ICD-10-GM vorzunehmen, sowie andererseits, um die Anpassungen, die sich aus der Weiterentwicklung des prospektiven Klassifikationssystems für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ergeben haben, dabei zu berücksichtigen.

6. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017 tritt mit Wirkung zum 31. August 2016 in Kraft.