

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung vom 19. August 2015 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 12. Dezember 2018

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2016 gefasst, und mehrere Vorgaben für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs festgelegt. Insbesondere wurde beschlossen, dass die Festlegungen der technischen Einzelheiten für das zeitgleiche Modell der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems, die die Grundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 bilden, bis zum 31. Juli 2018 in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die entsprechenden Regelungen getroffen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung ersetzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016, da dieser sich auf den durch das Bundesministerium für Gesundheit beanstandeten Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 56. Sitzung bezog. Die Festlegungen unterscheiden sich von den im Beschluss des Bewertungsausschusses

in seiner 426. Sitzung getroffenen Festlegungen dadurch, dass keine außergewöhnlichen Prävalenzänderungen mehr berücksichtigt werden.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Festlegungen in Zusammenhang mit der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 aktualisiert und weiterentwickelt.

Der Teil A des vorliegenden Beschlusses des Bewertungsausschusses regelt die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2016 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C. Die dem Teil A zugehörige Anlage 1 des Beschlusses liefert die formelmäßige Wiedergabe der Festlegungen als konkrete Berechnungsschritte.

Grundlage für die Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die letzte freigegebene Version des zeitgleichen Klassifikationssystems für die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen, Alter und Geschlecht der Versicherten zu hierarchisierten Risikokategorien. Es handelt sich dabei um die Version z12a, welche der Arbeitsausschuss am 3. Juli 2018 in seiner 434. Sitzung freigegeben hat. Diese Festlegung setzt die Vorgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung dahingehend um, dass die aktuelle Version des zeitgleichen Klassifikationssystems aufgrund der zwischenzeitlichen Weiterentwicklung verwendet wird.

Die Datengrundlage und deren Abgrenzungen in Nr. 2 von Teil A orientieren sich an den Festlegungen zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten und wurde in Anlehnung an den Beschluss des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 angepasst.

In Nr. 2.1 von Teil A des vorliegenden Beschlusses wird die zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 13. April 2018 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw.

Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2014 bis 2016 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2015 und 2016. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 4. April 2018) verwendet.

Bei der Abgrenzung der Kalibrierungsmenge und der Anwendungsmenge des zeitgleichen Modells in Nr. 2.3 und 2.4 von Teil A werden Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, die aufgrund des Kassensitzes der zugehörigen Krankenkasse den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Nordrhein zugeordnet werden, ausgeschlossen. Grund für diese Regelung ist die Vergütung dieser Versicherten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den genannten KV-Bezirken. Die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.4 von Teil A des vorliegenden Beschlusses ist damit identisch mit der Anwendungsmenge zur Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2019 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung.

Die Festlegungen zu den demografischen Hochrechnungsfaktoren in Nr. 2.5 von Teil A wurden gegenüber dem Vorjahr um eine Differenzierung zwischen Versicherten mit Wohnsitz im Ausland und im Inland ergänzt. Dies berücksichtigt die zwischen den Datenjahren 2015 und 2016 stattfindende Verbesserung der Datenqualität in Bezug auf die Lieferung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland und gleicht diesbezügliche Unterschiede in der Repräsentation der genannten Versicherten in der Stichprobe gegenüber der KM6-Statistik sowie den ANZVER87a-Daten aus.

Die Faktoren aufgrund veränderter Datenqualität, die im Vorjahr bei der Ermittlung der Anstiege für alle und die ausgewählten Risikokategorien angewendet wurden, entfallen, da auch der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2019 keine entsprechenden Anpassungen aufgrund veränderter Datenqualität mehr vorsieht.

Teil B des vorliegenden Beschlusses beschreibt das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darunter wird die Verrechnung des festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs des Jahres 2016 gemäß Teil A mit dem auf die ausgewählten Risikokategorien zurückzuführenden Anteil an der regional vereinbarten, diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2019 verstanden. Die Datengrundlage für den in Teil B verwendeten Behandlungsbedarf wird auf die arztseitige Datenlieferung zum Formblatt 3 entsprechend dem dem Institut am 5. September 2018 vorliegenden Stand aktualisiert. Die Lieferung dieser Daten an das Institut des Bewertungsausschusses basiert auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017. Für den KV-Bezirk Hessen wird der Behandlungsbedarf für das Jahr 2017 ersatzweise durch Hochrechnung ermittelt, da der Wert für das erste Quartal 2017 in der Datenlieferung nicht vorliegt.

Gemäß Teil C des vorliegenden Beschlusses soll, sofern in einem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß Teil A im Jahr 2016 vorliegt, festgestellt werden, ob es in diesem KV-Bezirk gleichzeitig eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2015 auf 2016 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2015 auf 2016 gegeben hat. Hat es eine solche Unterschreitung gegeben, so ist diese mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2016 in dem KV-Bezirk zu verrechnen. Die Einzelheiten zur Verrechnung werden in Beschlussteil E geregelt. Die dem Teil C zugehörigen Anlagen 3 und 4 des Beschlusses liefern die formelmäßige Wiedergabe des Verfahrens (Anlage 3) und die konkreten Festlegungen zu den zu verwendenden, spezifischen Datengrundlagen (Anlage 4).

Im vorliegenden Beschluss wird die Datengrundlage für Teil C aktualisiert und enthält nun die Datenlieferung zum Formblatt 3 gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017 und die Satzart KASSRG87aMGV für die Jahre 2015 und 2016 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Die Bereinigungsbeträge wegen selektivvertraglich erbrachter Leistungen für die Jahre 2012 bis 2016 werden kassenseitigen Datenlieferungen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, entnommen. Angaben zum abgerechneten Leistungsbedarf und zur Abgrenzung der MGV stammen aus den Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aNVI und ARZTRG87aREG gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Abweichend von den vorliegenden Angaben im Formblatt 3 wird für den KV-Bezirk Hamburg ein Punktwert von 10,4713 Cent für 2015 und 10,6073 Cent für 2016 sowie für den KV-Bezirk Hessen ein Punktwert von 10,3848 Cent für 2015 und 10,5509 Cent für 2016 verwendet. Die Abgrenzung der MGV in Satzart ARZTRG87aREG liegt quartalsgenau und nicht nur jahresgenau vor, so dass eine Korrektur entsprechend der unterjährigen Anpassungen der MGV durch die Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses, wie sie noch im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung vorgesehen war, nicht mehr notwendig ist.

In Teil D des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, bis zum 18. September 2018 die Berechnungen nach Teil A, Teil B und

Teil C vorzubereiten und je KV-Bezirk die für die Beschlussfassung einer Empfehlung zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs maßgeblichen Teilergebnisse dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

Teil E enthält die Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2017 und legt fest, dass das Ergebnis aus Teil C aufgrund von Ungenauigkeiten bei der Abbildung regionaler Besonderheiten durch die Verwendung von auf Bundesebene vorliegenden Datengrundlagen gegebenenfalls geeignet zu korrigieren ist. Hierzu wird gemäß Nr. 4 in Teil C eine Dokumentation der Abgrenzungen der Berechnung und Annahmen durch das Institut des Bewertungsausschusses erstellt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss mit den Teilen A bis E tritt mit Wirkung zum 12. Dezember 2018 in Kraft.