

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

zu Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018

mit Wirkung zum 15. September 2020

Präambel

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 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.

Der Bewertungsausschuss hat in dem Beschluss in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Berechnungsverfahren des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018 festgelegt. Zudem hat der Bewertungsausschuss in seiner 518. Sitzung Festlegungen zu den technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018 sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V beschlossen.

Mit dem vorliegenden Beschluss gibt der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge nach § 83 SGB V auf der Grundlage der zuvor genannten Beschlüsse Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018.

1. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Die Empfehlung des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2018 gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 berechnet sich mittels der folgenden Formel:

$$NVA_{2018} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D)$$

Mit dem Ergebnis der Berechnungsformel soll durch die Gesamtvertragspartner ein einmaliger und nicht basiswirksamer Aufschlag auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2019 festgestellt und spätestens im Rahmen der nächsten erreichbaren, auf diese Feststellung folgenden Rechnungslegung vergütet werden.

Dabei bezeichnen A, B, C und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung berechneten und in der unten stehenden Tabelle 1 für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesenen Größen. Falls in der Tabelle 1 keine Werte für B, C oder D ausgewiesen sind, soll in der Formel jeweils der Wert null angesetzt werden.

Die Größe g (ein Wert zwischen 0% und 100%) bezeichnet den zwischen den Gesamtvertragspartnern regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 3 SGB V.

Die Größe D ist gegebenenfalls gemäß Teil C Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung unter Berücksichtigung der Anlage zu diesem Beschluss von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren.

Für die KV-Bezirke Hamburg, Bremen und Berlin ergibt sich gemäß Berechnungsschritt 2 in Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 ein negativer Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs. Daher ist in diesen KV-Bezirken gemäß Berechnungsschritt 3 in Nr. 2.3 des genannten Beschlusses der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf null zu setzen, falls das Gewicht g der diagnosebezogenen Veränderungsrate bei der gewichteten Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021 gleich null ist.

Tabelle 1: Die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung berechneten und für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesenen Größen A, B, C und D

KV-Bezirk	A	B	C	D
Schleswig-Holstein	0,3132%	0,2637%	0,0179%	3,6885%
Hamburg	0,1559%	0,0739%	0,0233%	4,3032%
Bremen	0,1540%	0,1012%	0,0827%	18,6806%
Niedersachsen	0,1016%	0,1142%	0,0139%	4,4484%
Westfalen-Lippe	0,4547%	0,3766%	0,0309%	8,8259%
Nordrhein	0,3650%	0,3297%	0,0259%	0,3106%
Hessen	0,2984%	0,2185%	0,0159%	5,2339%
Rheinland-Pfalz	0,3222%	0,3310%	0,0299%	2,3843%
Baden-Württemberg	0,1711%	0,1530%	0,0100%	0%
Bayern	0,1442%	0,1692%	0,0197%	1,0220%
Berlin	0,3850%	0,2273%	0,0532%	4,0447%
Saarland	0,2534%	0,3244%	0,0290%	1,4990%
Mecklenburg-Vorpommern	0,1290%	0,2255%	0,0227%	4,3569%
Brandenburg	0,2721%	0,2124%	0,0100%	4,7112%
Sachsen-Anhalt	0,3214%	0,2943%	0,0300%	4,3223%
Thüringen	0,3117%	0,3075%	0,0266%	0,9747%
Sachsen	0,4444%	0,3362%	0,0171%	6,8154%

2. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 aufgrund von Ausnahmeeignissen

Der Bewertungsausschuss beschließt mit Bezug auf Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 als Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs, dass für das Jahr 2018 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeeignissen vorliegt.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

Dokumentation nicht abbildbarer Sachverhalte gemäß Nr. 4 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung

1. Einleitung

Gemäß Nr. 2.1 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung erfolgten die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Daten, die auf Bundesebene vorliegen. Durch die Verwendung von auf Bundesebene vorliegenden Datengrundlagen kommt es gegebenenfalls zu Ungenauigkeiten bei der Abbildung regionaler Besonderheiten. Gemäß Nr. 4 in Teil C des o. g. Beschlusses soll das Institut des Bewertungsausschusses diese nicht abbildbaren Sachverhalte sowie ggf. getroffene Annahmen zusammen mit der Vorlage der Berechnungsergebnisse darstellen. Dazu werden im Folgenden die durch das Institut des Bewertungsausschusses gewählten Vorgehensweisen bei der Aufbereitung der Datengrundlage (Nr. 2 der Anlage) und der Berücksichtigung von Änderungen der Bewertungen von Leistungen (Nr. 3 der Anlage) in dieser Anlage zusammenfassend dokumentiert.

Gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung wurden Änderungen der Anzahl von Versicherten nicht auf der Ebene von Einzelkassen nachvollzogen, sondern auf der Ebene von KV-Bezirken.

2. Bemerkungen zur Datengrundlage

Für die Berechnung der Teile B, C und D werden Angaben zum vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf benötigt. Diese werden gemäß Teil B, Nr. 2.1 und Anlage 4, Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung grundsätzlich dem Attribut Wert für den Vorgang 980 der arztseitigen Lieferung zum Formblatt 3 entnommen, während für die KV-Bezirke Nordrhein, Hessen, Bayern und Saarland die arztseitige Lieferung der Satzart KASSRG87aMGV als Datengrundlage dient.

Die dem Institut vorliegenden Datenlieferungen zum Formblatt 3 enthalten in den KV-Bezirken Nordrhein und Hessen in einigen Quartalen vom Orientierungswert

abweichende regionale Punktwerte. Gemäß Nr. 1 in Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung wurde für die Berechnungen zu Teil C in den KV-Bezirken Nordrhein und Hessen deshalb angenommen, dass der regionale Punktwert 2017 und 2018 genau der Orientierungswert gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 und Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 52. Sitzung am 19. September 2017 ist.

3. Bewertungseffekte

Gemäß Nr. 2.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung wurden Bewertungseffekte bei der Berechnung des tatsächlichen Anstiegs durch die im Folgenden dargestellten Vorfaktoren für den Leistungsbedarf betroffener Gebührenordnungspositionen berücksichtigt.

Neubewertung von Pauschalen für fachärztliche Grundversorgung

Die Gebührenordnungspositionen 22216 und 23216 sind im Quartal 2017/1 mit 164 Punkten und im Quartal 2018/1 mit 170 Punkten bewertet. Zum Ausgleich dieses Bewertungseffektes wurde der abgerechnete Leistungsbedarf des Quartals 2018/1 mit $164 / 170 = 0,9647059$ multipliziert. Ebenso wurde im Quartal 2018/1 der Leistungsbedarf der Gebührenordnungspositionen 22218 und 23218, deren Bewertung von 44 auf 46 Punkte erhöht wurde, mit dem Faktor $44 / 46 = 0,9565217$ multipliziert.

Neubewertung der Laborleistung 32937

Die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32937 wurde zum zweiten Quartal 2017 von 150 auf 115 abgesenkt. Dementsprechend wurde der abgerechnete Leistungsbedarf der GOP 32937 im Quartal 2018/1 mit dem Faktor $150 / 115 = 1,304348$ multipliziert.