

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil A über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2023 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2022 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. Außerdem ist die Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V zu aktualisieren. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung gemacht und angekündigt, bis zum 30. Juni 2022 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2023 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung, festzulegen.

Der vorliegende Beschlussteil A trifft die Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2023. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2023 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird in Nr. 1 des vorliegenden Beschlusstells A die Verwendung der aktuellen Version des Klassifikationssystems geregelt, das die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien beinhaltet. Es wird das Klassifikationssystem in der Version p16a verwendet, die in der 476. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 7. Juni 2022 freigegeben wurde. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die Version der ICD-10-GM des Jahres 2022. Im Rahmen der Anpassung erfolgte außerdem eine Überarbeitung der Diagnosezuordnungen und der Hierarchien in der ACC012 „Sonstige psychische Krankheiten“ sowie eine Än-

derung der ACC-Zuordnung bei Ösophagusvarizen. Weiterhin wurde das Klassifikationssystem vorläufig an die COVID-19-bedingten Änderungen der ICD-10-GM angepasst. Unter anderem werden die Sekundärkodes U07.1! und U07.2! sowie U09.9! bzw. U07.4! vorläufig in die „(H)CC201 NonCW-(H)CC“ übergeleitet. Diese Zuordnungen werden für das nachfolgende Klassifikationssystem überprüft.

In Nr. 2 des vorliegenden Beschlussteils A 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 31. März 2022 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2018 bis 2020 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2019 und 2020. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 3. Januar 2022) verwendet.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlussteils A enthaltene Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2020 in Nr. 2.2.5 des vorliegenden Beschlussteils A wurde unter Berücksichtigung der dafür relevanten Beschlüsse des Bewertungsausschusses aktualisiert. Analog zum Umgang mit Leistungen, die im Zusammenhang mit einer TSVG-Konstellation erbracht wurden, werden Leistungen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung erbracht und dementsprechend gekennzeichnet wurden, bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 des Beschlusses der MGV zugeordnet. Diese Festlegungen stellen kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell der nächsten Jahre dar.

Die unter Nr. 2.2.8 beschriebene Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern wurde in Umsetzung eines Auftrags aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses am 12. Dezember 2018, Teil A Nr. 8, auf ein regelbasiertes Verfahren umgestellt: Sind in mindestens einem Jahr der Anwendungsmenge (hier: 2019, 2020) in einem KV-Bezirk mehr als 10 % der hochgerechneten Versicherten längsschnittliche SV-Teilnehmer, so werden für diesen KV-Bezirk die SV-Teilnehmer in der Ratenberechnung gesondert berücksichtigt. Der Schwellenwert wurde so gewählt, dass durch die Umstellung die historische Konsistenz gewährleistet ist.

Unter Nr. 4.5 wird eine zum Vorjahr abweichende Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2023 geregelt. Hintergrund ist die SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und die damit verbundenen Maßnahmen der Bundesregierung sowie der Länder zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns. Diese Maßnahmen hatten einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen. Das Institut des Bewertungsausschusses hat im Auftrag der AG Grouperanpassung hierzu Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Datenjahr 2020 erheblich von den Vorjahren abweicht. Der Anteil von gesetzlich Versicherten, die in 2020 gar keine ambulante Behandlung in Anspruch genommen haben, ist wesentlich höher als in Vorjahren. Insgesamt zeigt sich in 2020 eine niedrigere Inanspruchnahme als in Vorjahren. So wurde deutlich weniger MGV-Leistungsbedarf abgerechnet und deutlich weniger

Morbidität in Form von Behandlungsdiagnosen dokumentiert. Aufgrund dessen sind die Daten des Jahres 2020 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2023 verwendbar.

Um den Einfluss des Datenjahres 2020 gering zu halten, werden in Nr. 4.5 des vorliegenden Beschlussteils A die diagnosebezogenen Veränderungsraten je KV-Bezirk für das Jahr 2023 als gewichtetes arithmetisches Mittel der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2017/2018, 2018/2019 und der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2019/2020 gemäß Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlussteils A bestimmt.

Mit der Einbeziehung von insgesamt drei Veränderungsraten konnte sichergestellt werden, dass der Mittelwert auf ausreichend Werten basiert, um den Einfluss des Datenjahres 2020 zu begrenzen. Veränderungsraten aus weiter zurückliegenden Jahren wurden nicht herangezogen, da die Messung der Morbiditätsstrukturveränderung nicht vorrangig auf historischen Daten geschehen sollte.

Die Gewichtungsfaktoren sind so gewählt, dass die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2019/2020 etwa ein Viertel des Einflusses haben, den die empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2017/2018 und 2018/2019 jeweils besitzen.

In Nr. 7 werden die Daten aufgezählt, auf deren Grundlage die Transparenz der durchgeführten Berechnungen hergestellt wird. Die Daten werden um den Anteil der längsschnittlichen SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk ergänzt. Diese Daten dienen der Transparenz hinsichtlich der ausgewählten KV-Bezirke, die mit dem vorliegenden Beschlussteil A im Vergleich zu den Vorjahren nicht normativ, sondern auf Grundlage eines Schwellenwerts festgelegt werden. Ergänzend stellt das Institut des Bewertungsausschusses die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2019/2020 für das Jahr 2023 je KV-Bezirk zur Verfügung.

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns, sind die Daten des Jahres 2020 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Dies betrifft absehbar auch die im nächsten Jahr anstehenden Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2024 auf der Grundlage der Veränderungen zwischen den Jahren 2020 und 2021. Daher wird das Institut des Bewertungsausschusses in Nr. 9 des Beschlussteils A beauftragt, nach Vorliegen der Geburtstagsstichprobendaten des Jahres 2021, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung zu untersuchen, ob und wie das Verfahren nach Nr. 4.5 zur Veränderungsratenberechnung für 2024 weiterzuentwickeln ist. Im Ergebnis soll die Besonderheit der durch die Corona-Pandemie beeinflussten Datenjahre 2020 und 2021 angemessen berücksichtigt werden. Mögliche Verzerrungen durch die Pandemie sollen gedämpft werden. Insbesondere soll geprüft werden, inwiefern das Verfahren gemäß Nr. 4.5 mit den empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2018/2019, 2019/2020 und den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2020/2021,

ggf. mit angepasster Gewichtung, oder die alleinige Verwendung rechnerischer diagnosebezogener Veränderungsdaten 2019/2021, also ein Überspringen des Datenjahres 2020 ohne Anwendung einer Gewichtung, geeigneter erscheint.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil B zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für die Jahre 2020 und 2021 mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 haben Beschlüsse zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2020 bzw. 2021 gefasst und mehrere Vorgaben für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die entsprechenden Jahre 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 aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2020 bilden, bis zum 31. Juli 2022 in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. Sitzung regelt außerdem in einer Protokollnotiz, das dort festgelegte Verfahren zur Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen unter den Vorbehalt einer Prüfung des Datenjahres 2020 auf seine Repräsentativität zu stellen.

Mit dem vorliegenden Beschlussteil B wird dieser Vorbehalt festgestellt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Bewertungsausschuss beschließt, die in den o. g. Beschlüssen geregelten Verfahren zur Bestimmung des Umfangs eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für die Jahre 2020 und 2021 nicht anzuwenden. Für beide Jahre wird empfohlen, keinen nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auszuweisen.

Hintergrund dieser Festlegung und Empfehlung ist die in Teil A des vorliegenden Beschlusses getroffene Feststellung, dass die Daten des Jahres 2020 aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar sind. Dies betrifft auch die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen unter Verwendung des Datenjahres 2020.

Bezüglich eines möglicherweise mit dem bisher regelhaft verwendeten Verfahren rechnerisch bestimmbar nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2021 ist anzumerken, dass die Akuterkrankungen im Datenjahr 2020 stark von dem pandemiebedingten Fallzahlrückgang betroffen waren. Für eine Bestimmung des entsprechenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wäre also das Ausgangsniveau in 2020 pandemiebedingt relativ niedrig. Das Folgejahr 2021 war auch von der Pandemie betroffen, wobei das vermutete geringere Ausmaß wegen der noch nicht verfügbaren Datengrundlage bisher nicht datenbasiert bestätigt werden konnte. Würde rechnerisch ein nicht vorhersehbarer Anstieg von Akuterkrankungen von 2020 auf 2021 festgestellt werden, wäre dies vermutlich hauptsächlich darin begründet, dass, verglichen mit dem Jahr 2019, dem starken Rückgang der Akuterkrankungen 2020 ein weniger starker Rückgang in 2021 gegenübersteht.

Mit der Festlegung, für 2020 und für 2021 keinen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auszuweisen, werden die genannten Auswirkungen der pandemiebedingten Verzerrungen vermieden.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlusstil B tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil C zum Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020 darüber hinaus beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt. Die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der zuletzt durch den Beschluss aus der 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) konkretisiert wurde, geregelt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschlussteil C regelt den Umgang mit Doppelzahlungen im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in 2020 und der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2023 gemäß Nr. 4.5 des vorliegenden Beschlusstells A. Da der Einfluss der in 2020 kodierten Diagnosen und des in 2020 abgerechneten MGV-Leistungsbedarfs auf die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2023 durch die niedrige Gewichtung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 sehr gering ist, kann auf ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen entsprechend der Ankündigung in Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 verzichtet werden.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.