

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 660. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2024

mit Wirkung zum 1. August 2023

1. Präambel

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V zu beschließen. Diese Empfehlungen sind gemäß § 87a Abs. 5 Satz 8 SGB V jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses regelt als Vorbereitung der Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Verfahren, mit dem der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 bestimmt wird.

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

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 basierend auf den Jahren 2023 und 2024 festgelegt wird.

2.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 setzt auf der Grundlage der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf, die der Arbeitsausschuss

des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2025 freigeben soll (voraussichtlich Version z19a).

Diese Version des Klassifikationssystems wird an die im Jahr der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gültige Jahresversion der ICD-10-GM angepasst, wobei darüber hinaus geprüft wird, welche Änderungen aus der medizinischen Anpassung des Klassifikationssystems für die Ermittlung der Veränderungsdaten zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste zeitgleiche Version des Klassifikationssystems bis zum 30. Juni 2026 frei (voraussichtlich Version z20a). Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 setzt auf der so angepassten zeitgleichen Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf.

Das so angepasste Klassifikationssystem wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2023 erhobenen Datengrundlagen mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2023) und Leistungsbedarf (2023) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 unter Verwendung der Diagnosen von 2023 und 2024 zugrunde liegt.

Durch die Kalibrierung resultieren die Kosten- bzw. Relativgewichte der Risikokategorien für das zeitgleiche Modell der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems, die die Grundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 bilden. Die Summe der zeitgleichen Relativgewichte über alle bzw. ggf. ausgewählte Risikokategorien eines Versicherten ergibt die Relativgewichtssumme für alle bzw. ausgewählte Risikokategorien für den Versicherten. Der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert dieser Relativgewichtssummen aller Versicherten ergibt je Jahr und KV-Bezirk die entsprechende zeitgleiche durchschnittliche Relativgewichtssumme.

Die notwendigen Festlegungen zur Kalibrierung und den nachfolgenden Berechnungen werden in einem gesonderten Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Nr. 2.4 getroffen.

2.3 Kennzeichnung und Vergütung

Folgende hierarchisierte Risikokategorien (HCC) des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 können 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 und werden als ausgewählte Risikokategorien bezeichnet:

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

Ob und inwiefern die ausgewählten Risikokategorien aufgrund der Weiterentwicklung des zur Anwendung kommenden zeitgleichen Klassifikationssystems angepasst werden müssen, ist zu prüfen und entsprechende Vorgaben sind in dem unter Nr. 2.4 angegebenen Beschluss zu den Festlegungen der technischen Einzelheiten aufzunehmen.

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird für jeden KV-Bezirk durch das Institut des Bewertungsausschusses mit den folgenden Berechnungsschritten ermittelt:

1. Der Anstieg der ausgewählten Risikokategorien ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2023 und 2024 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2023.
2. Der Anstieg aller Risikokategorien ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen aller Risikokategorien (inklusive der ausgewählten Risikokategorien und der Alters- und Geschlechtskategorien) des Jahres 2023 und 2024 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2023. Wenn der so berechnete Anstieg aller 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. Der sich so ergebende Prozentwert wird im Folgenden als Schwellenwert bezeichnet. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.
3. Ist der Prozentwert nach Nr. 2 negativ und das Gewicht der diagnosebezogenen Veränderungsrate bei der gewichteten Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2027 gleich null, so wird der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gleich null gesetzt.
Übersteigt andernfalls der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Schwellenwert, so gilt die Differenz des Prozentwertes aus Nr. 1 und des Schwellenwertes aus 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 2023 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) ergibt je KV-Bezirk den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen ohne Berücksichtigung der Verfahren gemäß Nr. 2.4 in Punkten, entsprechend der Vorgabe gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

2.4 Fristen zur Beschlussfassung zur Festlegung der technischen Einzelheiten und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegungen der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells sowie zum Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und dem Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2026. Grundlage für den Beschluss zur Festlegung der technischen Einzelheiten ist die aktuellste vorherige Beschlussfassung des Bewertungsausschusses hierzu, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind. Insbesondere müssen Anpassungen vorgenommen werden, um Doppelzahlungen aufgrund der bereits gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V vergüteten Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu vermeiden.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen bis zum 20. August 2026 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2026 über die Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grundlage der vom Institut des Bewertungsausschusses vorgelegten Ergebnisse beschließen.

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 auf Basis der Empfehlungen des Bewertungsausschusses in Form eines einmaligen, nicht basiswirksamen Aufschlags auf den vereinbarten Behandlungsbedarf des vierten Quartals 2025 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V liegt auch vor, wenn Ausnahmeereignisse eintreten, insbesondere

- Pandemien, Epidemien und Endemien nach Feststellung durch das zuständige Gesundheitsamt, das Robert Koch-Institut, den Deutschen Bundestag oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2024 im Zusammenhang mit derartigen Ausnahmeereignissen erbracht werden und besonders zu kennzeichnen sind, gelten als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs; hiervon ausgenommen sind Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix. Die Partner der Gesamtverträge regeln das Nähere zu deren zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2024 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

3.1 Kennzeichnung und Vergütung

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 3 aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt im Rahmen der Abrechnung unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. der Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene gesondert zu kennzeichnen. Im Falle der genannten Ausnahmeereignisse sind die Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen jeweils zeitnah zu treffen.

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

Die gemäß Nr. 3.1 gekennzeichneten Leistungen werden von den Krankenkassen 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.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss prüft, welche Auswirkungen die gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V eingeführten verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V sowie von Prüfmaßstäben dazu auf seine Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs haben und bereinigt um etwaige Auswirkungen analog § 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V.