

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss 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. Rechtsgrundlage

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

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses regelt zur 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 2024 bestimmt wird.

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 437. 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 Veränderungsdaten für das Jahr 2027 basierend auf den Jahren 2023 und 2024 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 Veränderungsdaten 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 Veränderungsdaten 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 2024 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, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2025 freigeben soll (voraussichtlich Version z19a), 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 Veränderungsdaten verwendeten prospektiven Klassifikationssystems zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste Version des Klassifikationssystems (voraussichtlich Version z20a) bis zum 30. Juni 2026 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 2023 erhobenen Datengrundlage 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 zugrunde liegt.

Durch die Kalibrierung 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 2024 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.

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

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 2023 und 2024 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2023. 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. Der sich so ergebende Prozentwert wird als Schwellenwert bezeichnet. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.
3. Im dritten Schritt wird präzisierend festgelegt, dass, wenn der Prozentwert nach Nr. 2, 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 2027 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 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 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.

Die Festlegung des Schwellenwertes auf fünfzehn Prozent über dem Anstieg aller Risikokategorien 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 einen Wert von mehr als fünfzehn Prozent über dem Anstieg aller Risikokategorien. 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 2026. Festlegungen im Rahmen der Spezifikation des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2027 können so ggf. auch bei der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Grundlage für die Festlegungen der technischen Einzelheiten ist die aktuellste vorherige Beschlussfassung des Bewertungsausschusses hierzu, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind. Es sind dabei geeignete Anpassungen vorzunehmen, 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. Als potentielle Anpassungen sollen zum einen der Ausschluss aller unter 18 Jahre alten Versicherten und zum anderen der Ausschluss aller Behandlungsfälle, die im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin erbracht wurden, geprüft werden.

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 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 der Grundlage der berichteten Ergebnisse für das Jahr 2024 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 2026 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 vierten Quartals 2025 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum. Der Bezug auf das vierte Quartal 2025 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 Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zuletzt in seiner 605. 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, 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 Behandlungsbedarfs. Hiervon ausgenommen sind Leistungen des Kapitels 4 EBM, jedoch ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004

und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, da diese bereits im Rahmen der Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V vergütet werden. 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.

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 unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. der Gesamtvertragspartner auf regionaler Ebene 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.

Die zu berücksichtigenden Vorgaben zur Kennzeichnung sind dabei zeitnah zu treffen.

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 des Beschlusses durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

5. Protokollnotiz

Der Bewertungsausschuss prüft die Auswirkungen der gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V eingeführten Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach §

295 Absatz 1 Satz 6 SGB V und bereinigt etwaig hierdurch entstehende Kodiereffekte bei seinen Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs analog § 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V.

6. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2024 tritt mit Wirkung zum 1. August 2023 in Kraft.