

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 312. Sitzung am 14. August 2013**

**zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren
Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach
§ 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2014**

mit Wirkung zum 31. August 2013

1 Präambel

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

In seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 hat der Bewertungsausschuss einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 für das Jahr 2013 gefasst, der insbesondere das dafür heranzuziehende Berechnungsverfahren beschreibt.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses bestimmt das Verfahren zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses aus Nr. 4 des Beschlusses aus der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses.

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 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten basierend auf den Jahren 2013 und 2014 festgelegt wird.

2.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 setzt auf der Grundlage der zeitgleichen, unkomprimierten Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z07a) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 377. Sitzung am 2. Juli 2013 freigegeben hat. Dieses Klassifikationssystem wird an die Jahresversion 2014 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 Version des Klassifikationssystems bis zum 30. November 2014 frei.

Das so angepasste Klassifikationssystem wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2013 erhobenen Datengrundlagen mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2013) und Leistungsbedarf (2013) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2013 kalibriert.

Durch die Kalibrierung gemäß dem mit dem Institut des Bewertungsausschusses abgestimmten Kalibrierungsalgorithmus 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 2014 bilden.

Das Nähere zur Festlegung der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2015.

2.3 Kennzeichnung und Vergütung

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 können zusammen einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen auslösen:

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

Der für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermittelnde nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird durch das Institut des Bewertungsausschusses mit den folgenden Berechnungsschritten ermittelt:

1. Der Anstieg der ausgewählten HCCs zusammen ergibt sich aus den durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten HCCs je Versicherten des Jahres 2013 und den durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten HCCs je Versicherten des Jahres 2014 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2013.
2. Der Anstieg aller HCCs (inklusive der ausgewählten HCCs) ergibt sich aus den durchschnittlichen Relativgewichtssummen aller HCCs je Versicherten des Jahres 2013 und den durchschnittlichen Relativgewichtssummen aller HCCs je

Versicherten des Jahres 2014 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2013. Der so berechnete Anstieg aller HCCs wird um fünfzehn Prozent erhöht.

3. Übersteigt der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Prozentwert, so gilt die Differenz der Prozentwerte aus Nr. 1 und Nr. 2 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent.
4. Der nicht vorhersehbare Anstieg in Prozent, multipliziert mit der Kostengewichtssumme (Relativgewichtssummen multipliziert mit den in Punkten bestimmten durchschnittlichen Leistungsbedarf) der ausgewählten HCCs des Jahres 2013, ergibt den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in Punkten.

2.4 Fristen

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 31. Juli 2016 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2016 über die Empfehlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 beschließen. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

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 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

3 Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des 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 oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2014 im Zusammenhang mit derartigen Ausnahmeereignissen erbracht werden und besonders zu kennzeichnen sind, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs. Die Partner der Gesamtverträge regeln das Nähere zu deren zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2014 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

3.1 Kennzeichnung und Vergütung

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 3 aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen. Sofern der Bewertungsausschuss dazu Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen beschließt, sind diese zu berücksichtigen.

3.2 Fristen

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 Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

4 Berücksichtigung gesonderter Festlegungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Empfehlungen in den Nrn. 2 und 3 zu keinen Doppelzahlungen bei der Gesamtvergütung für das Jahr 2014 und für die Folgejahre kommt. Dies betrifft insbesondere die Veränderungsfaktoren des

vereinbarten Behandlungsbedarfes nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und 4 SGB V eines Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Außerdem sind die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 288. Sitzung zu entwickelnden Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen und zu einer Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zu benutzen.