

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung vom 20. Oktober 2012 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013 gefasst, und mehrere Vorgaben für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs 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 für das Jahr 2013 bilden, in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind. Die Frist für die Beschlussfassung wurde in der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses am 20. August 2014 auf den 31. März 2015 verlängert. Darüber hinaus wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen und ein Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs in einem Beschluss zu entwickeln.

Mit dem vorliegenden Beschluss kommt der Bewertungsausschuss den o.g. Vorgaben nach. Die durch das Institut des Bewertungsausschusses zu entwickelnden Verfahren wurden mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses abgestimmt und werden ebenfalls in dem vorliegenden Beschluss geregelt.

2. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses mit den Teilen A bis D und der Protokollnotiz tritt mit Wirkung zum 19. August 2015 in Kraft.

Teil A

Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

1. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Teil A des vorliegenden Beschluss des Bewertungsausschusses regelt die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C. Die dem Teil A zugehörige Anlage 1 des Beschlusses liefert die formelmäßige Wiedergabe der Festlegungen als konkrete Berechnungsschritte.

2. Datengrundlagen und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß dem Beschluss aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde.

Die zu verwendende Datengrundlage umfasst die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 15. Juni 2015 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Berichtsjahre 2011 bis 2013 unter Einbeziehung der Versicherten mit Kostenübernahme nach § 264 Absatz 1 SGB V gemäß Eintrag in Feld 13 der Satzart 201, die Kostenträgerhistorie zum Stand 1. Juli 2015.

Darüber hinaus werden sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von Null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

Zur Hochrechnung der Geburtstagsstichprobe auf die Menge aller gesetzlich Versicherten werden die Jahre 2012 und 2013 der amtlichen KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde, herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 1. Juli 2015) verwendet.

Die Datengrundlage wird grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016 unter Verwendung der Diagnosen der Jahre 2012 und 2013 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 verwendet wurde. Aufgrund der Verwendung eines zeitgleichen Modells bei der Berechnung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs kann es bei der Abgrenzung der Datengrundlage zu geringen Abweichungen gegenüber der Abgrenzung zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016 kommen, da für die Kalibrierung des zeitgleichen Modells das Bezugsjahr 2012 heranzuziehen ist, während für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten ein 2-jährig prospektives Modell mit den Bezugsjahren 2011 bzw. 2013 für die Kalibrierung verwendet wurde. Damit werden möglicherweise andere Versicherte in die entsprechenden Kalibrierungsmengen aufgenommen.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

Zur Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind verschiedene Abgrenzungsmerkmale wie die KV-Zuordnung, die Kappung der Versichertentage eines Quartals, die Anzahl Versichertenquartale eines Versicherten, die Versichertenzeitvollständigkeit, die Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs, die Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern (SV-Teilnehmern) und die Definition längsschnittlicher SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer notwendig. Sie sind nicht unmittelbarer Bestandteil der Datenerhebung der Geburtstagsstichprobe, sondern werden aus den Merkmalen der Geburtstagsstichprobe abgeleitet.

Das in den Nrn. 2.2.1 bis 2.2.7 des vorliegenden Beschlusses festgelegte Vorgehen stimmt mit dem entsprechenden Vorgehen für die Berechnung der diagnosebasierten Veränderungsraten für das Jahr 2016, entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung, überein.

2.3 Abgrenzung der Datengrundlage zur Kalibrierung des zeitgleichen Klassifikationsmodells (Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Klassifikationsmodells)

Als Datengrundlage für die Berechnung der Relativgewichte, die sog. Kalibrierungsmenge, werden passend zum Periodenbezug des zeitgleichen Klassifikationsmodells, nur Versicherte, die im Diagnosen- und im Leistungsjahr 2012 in der Datengrundlage vorhanden sind, herangezogen. Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten zu vermeiden, werden nur diejenigen Versicherten einbezogen, die im Jahr 2012 versichertenzeitvollständig waren.

Darüber hinaus werden Versicherte, die im Jahr 2012 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V eingeschrieben waren, nicht in die Kalibrierungsmenge aufgenommen, insbesondere da für diese Versicherten möglicherweise ein Teil der sonst im Bereich des Kollektivvertrages stattfindenden Versorgung nicht mehr abgebildet wird und deshalb der Zusammenhang zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien und dem noch enthaltenen Leistungsbedarf nicht in gleicher Weise gegeben ist wie für die Versicherten ohne Einschreibung in Selektivverträge.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Anwendungsmenge)

Die Abgrenzung der Anwendungsmenge für die Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs erfolgt jahresspezifisch. Dabei werden nur Versicherte mit Versichertenzeit im Jahr 2012 und / oder 2013 berücksichtigt.

Das Vorgehen dazu und die Ergebnisse stimmen mit dem entsprechenden Vorgehen und den Ergebnissen bei der Festlegung der Anwendungsmenge für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016, entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung, überein.

2.5 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Hochrechnungsfaktoren

Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe sicherzustellen, in der es aufgrund von erforderlichen Ausschlüssen von Versicherten, auch aufgrund von Unterjährigkeit oder Selektivvertragsteilnahme, zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit der GKV-Versicherten gekommen sein kann, werden die Risikowerte für die Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit demografischen Hochrechnungsfaktoren hochgerechnet.

Für Selektivvertragsteilnehmer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayerns ist dabei ein Korrekturfaktor erforderlich, da in der Anwendungsmenge nur § 73b-Selektivvertragsteilnehmer berücksichtigt werden, die aber auf alle

Selektivvertragsteilnehmer entsprechend der demografischen Struktur aller Selektivvertragsteilnehmer in der entsprechenden KV hochgerechnet werden.

3. Verfahren zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Grundlage für die Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die letzte freigegebene Version des zeitgleichen, unkomprimierten Klassifikationssystems für die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen, Alter und Geschlecht der Versicherten zu hierarchisierten Risikokategorien. Es handelt sich dabei um die Version z08a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 4. November 2014 freigegeben hat. Diese Festlegung setzt die Vorgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung dahingehend um, dass die aktuelle Version des zeitgleichen Klassifikationssystems aufgrund der zwischenzeitlichen Weiterentwicklung verwendet wird.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der nach Nr. 2.3 des Beschlusses abgegrenzten Kalibrierungsmenge mit periodengleicher Abgrenzung von Risikokategorien und Leistungsbedarf (jeweils das Jahr 2012) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2015 gemäß dem in Nr. 3 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses definierten Kalibrierungsalgorithmus kalibriert. Auf der Grundlage dieses Klassifikationsmodells wird zunächst das Vorliegen des nicht vorhersehbaren Anstiegs unter Berücksichtigung des Schwellenwertes, gemäß Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, ermittelt und daraufhin gegebenenfalls der Umfang vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C berechnet.

3.1 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte

Zur Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte wird auf Basis der Kalibrierungsmenge der Kalibrierungsalgorithmus für das zeitgleiche Klassifikationsmodell angewendet. Die abhängige Variable der dabei durchgeführten gewichteten multiplen Regression ist der MGV-Leistungsbedarf des Jahres 2012, die unabhängigen Variablen sind die Alters- und Geschlechtsgruppen und die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) ebenfalls des Jahres 2012. Die Gewichtung bei der Regression erfolgt auf der Ebene der Versicherten mit der Anzahl der versichertenindividuell vorliegenden Versichertenquartale für das Jahr 2012.

3.2 Ermittlung der Anstiege für alle Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über alle Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen, werden je KV-Bezirk für die Jahre 2012 und 2013 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 wird dabei gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen.

Die Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns erfolgt mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.3 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses. Dabei wird aus getrennten Anstiegen für Selektivvertragsteilnehmer (mit Teilnahme an ausschließlich Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses ein gewichteter Mittelwert berechnet.

Bei der Ermittlung des Anstiegs für alle Risikokategorien wurden neben den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung genannten Bezug auf alle HCC in Übereinstimmung mit der Festlegung im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung auch die Alters- und Geschlechtsgruppen einbezogen. Bislang wurden keine Untersuchungen zur Eignung eines Modells ohne Alters- und Geschlechtsgruppen vorgenommen.

3.3 Ermittlung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über die in Nr. 1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses aufgelisteten, ausgewählten hierarchisierten Risikokategorien (zusammen als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnet), werden je KV-Bezirk für die Jahre 2012 und 2013 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 wird dabei gemäß Nr. 4.2 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen. Es wird der Anstieg für die ausgewählten Risikokategorien zusammen bestimmt.

Analog zum Vorgehen unter Nr. 3.2 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.3 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses aus getrennten Anstiegen für Selektivvertragsteilnehmer (mit Teilnahme an ausschließlich Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 4.2 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses ein gewichteter Mittelwert berechnet.

3.4 Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Übersteigt der Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den im Beschluss der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses festgelegten Schwellenwert, d. h. den mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien in diesem KV-Bezirk, so liegt in diesem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor. Sein Umfang in Prozent, vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C, wird gemäß Nr. 5.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses als Differenz aus dem Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien und dem mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien berechnet.

3.5 Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent je KV-Bezirk gemäß Nr. 3.4 multipliziert mit der mit Hochrechnungsfaktoren und Versichertenzeit gewichteten Relativgewichtssumme der ausgewählten Risikokategorien bezogen auf das Jahr 2012 und multipliziert mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf nach Nr. 3 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses in Punkten ergibt den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und Teil C des vorliegenden Beschlusses. Die Berechnungsformel wird in Nr. 5.2 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses angegeben.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die gemäß Teil A des vorliegenden Beschlusses ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Teil D des vorliegenden Beschlusses zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil B

Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre

1. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Teil B des vorliegenden Beschlusses beschreibt das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre. Das darin beschlossene Verfahren wurde unter Einbeziehung des beim Institut im Beschluss des Bewertungsausschusses in der 288. Sitzung beauftragten und auf der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses beratenen Vorschlags des Instituts erarbeitet. Die dem Teil B zugehörige Anlage 2 des Beschlusses liefert die formelmäßige Wiedergabe des Verfahrens als konkrete Berechnungsschritte.

Unter der Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 288. Sitzung wird mit diesem Beschluss konkretisierend die Verrechnung des festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 gemäß Teil A mit dem auf die ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses zurückzuführenden Anteil an der regional vereinbarten, diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 verstanden.

Das Verfahren kommt nur dann zur Anwendung, wenn gemäß Teil A des vorliegenden Beschlusses ein nicht vorhersehbarer Anstieg von 2012 auf 2013 festgestellt wird.

2. Datengrundlage

Die Datengrundlage für das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen ist der gemäß Nrn. 2.1 und 2.2 in Teil A des vorliegenden Beschlusses genannte Datenkörper.

2.1 Datengrundlage für den Behandlungsbedarf

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für das Jahr 2014 dient als Bezugsgröße für die nach Nr. 3.1 und Nr. 3.2 des vorliegenden Beschlusses jeweils ermittelte Punktzahlsumme. Diese Bezugsgröße wird der artseitigen Lieferung der Satzart Formblatt 3 aus dem Feld Vergütung entnommen, entsprechend dem dem Institut am 19.08.2015 vorliegenden Stand.

2.2 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen entspricht der Abgrenzung gemäß Nr. 2.4 in Teil A des vorliegenden Beschlusses.

3. Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird in zwei Berechnungsschritte untergliedert. Im ersten Schritt wird die Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf aufgrund von Doppelzahlungen ausgewiesen, der auf den Beitrag der ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses an der regional vereinbarten, diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 zurückzuführen ist. Im zweiten Schritt wird ein davon abzuziehender Betrag bestimmt, der dem in Teil A verwendeten Schwellenwert entspricht.

3.1 Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Die Datengrundlage ist die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.2 in der jeweiligen KV-spezifischen Abgrenzung gemäß Nr. 2.2.1 in Teil A des vorliegenden Beschlusses.

Die Punktzahlsumme zur möglichen Verringerung eines festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird für jeden KV-Bezirk gemäß Nr. 1 der Anlage 2 des vorliegenden Beschlusses einzeln bestimmt.

Zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen je KV-Bezirk wird zunächst

der Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der Veränderungsrate für das Jahr 2016 berechnet.

Dazu werden alle hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems der Version p09a den jeweiligen, teilweise durch Zusammenlegung (Komprimierung) gebildeten Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2015 zugeordnet und der Quotient aus der Differenz aus den Morbiditätsindizes der ausgewählten Risikoklassen der Jahre 2013 und 2012 und dem Morbiditätsindex aller Risikoklassen des Jahres 2012 berechnet. Die Morbiditätsindizes werden dabei mit den gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung verwendeten Größen gebildet, d. h. mit Relativgewichten, Anzahl Versichertenquartalen, demografischen Hochrechnungsfaktoren und Korrekturfaktoren aus dem prospektiven Klassifikationsmodell.

Anschließend wird das Produkt aus dem Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 und dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das Jahr 2014 für jeden KV-Bezirk berechnet.

Dieses für jeden KV-Bezirk berechnete Produkt sind gemäß Teil D des Beschlusses mit dem für die gewichtete Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate durch die Gesamtvertragspartner verwendeten Gewichtungsfaktor für die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2016 zu gewichten.

3.2 Ermittlung der Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % über dem Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien

Die unter Nr. 3.1 berechnete Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung eines festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird nur insofern und insoweit in Abzug gebracht, wie diese Punktzahlsumme größer ist als die Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % bezogen auf den Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien. Dazu wird gemäß Nr. 2 der Anlage 2 des vorliegenden Beschlusses die Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % bezogen auf den Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien je KV-Bezirk ermittelt.

Die Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % über dem Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien je KV-Bezirk wird entsprechend den Festlegungen aus Teil A berechnet als Produkt aus dem 0,15-fachen Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses und der Kostengewichtssumme der Menge der ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses des Jahres 2012 im zeitgleichen Klassifikationsmodell.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die gemäß Teil B des vorliegenden Beschlusses ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Teil D des vorliegenden Beschlusses zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil C

Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013

1. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung (Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) soll, sofern in einem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß Teil A im Jahr 2013 vorliegt, festgestellt werden, ob es in diesem KV-Bezirk gleichzeitig eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013 gegeben hat. Hat es eine solche Unterschreitung gegeben, so ist diese mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 in dem KV-Bezirk zu verrechnen. Die Einzelheiten zur Verrechnung werden in Beschlussteil D geregelt. Die dem Teil C zugehörigen Anlage 3 und 4 des Beschlusses liefern die formelmäßige Wiedergabe des Verfahrens (Anlage 3) und die konkreten Festlegungen zu den zu verwendenden, spezifischen Datengrundlagen (Anlage 4).

2. Das Verfahren im Überblick

Das Verfahren zur Feststellung einer Unterschreitung orientiert sich an den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013. Das Konzept des Aufsatzwertes dient der Beschreibung der Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von einem Quartal des Jahres 2012 in das entsprechende Quartal des Jahres 2013. Dabei wird der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf der Quartale 2012 so transformiert, als wären die Leistungen unter den Bedingungen erbracht worden, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 herrschten. Durch Vergleich des Ergebnisses der Transformation mit dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf der Quartale des Jahres 2013 ergibt sich der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 in Prozent.

Analog zum vereinbarten Behandlungsbedarf wird auch der abgerechnete Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2012 auf die in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2013 herrschenden Bedingungen transformiert. Durch Vergleich

des Ergebnisses dieser Transformation mit dem abgerechneten Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2013 ergibt sich der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013 in Prozent.

Eine Unterschreitung liegt vor, wenn der ermittelte vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs in Prozent größer ist als der ermittelte tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs in Prozent. In diesem Fall ist die Differenz aus vereinbartem Anstieg des Behandlungsbedarfs in Prozent und tatsächlichem Anstieg des Leistungsbedarfs in Prozent positiv und der Unterschreibungsbetrag als Punktzahlvolumen ergibt sich durch Multiplikation dieser Differenz mit einer Bezugsgröße, die sich aus dem transformierten vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf der Quartale des Jahres 2012 ergibt. Bei der Berechnung dieser Bezugsgröße sind jedoch die Differenzbereinigungsbeträge der Quartale des Jahres 2013 wegen selektivvertraglich erbrachten Leistungen in Abzug zu bringen, welche zuvor mit einem geeigneten Faktor auf das Niveau vor dem Nachvollziehen der Fortentwicklung des vereinbarten Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 gebracht wurden.

3. Datengrundlagen und Besonderheiten des Verfahrens

Das gesamte Verfahren wurde so konzipiert, dass die Berechnungen vom Institut des Bewertungsausschusses unter Verwendung von Daten durchgeführt werden können, die auf Bundesebene gemäß Beschlüssen des Bewertungsausschusses bereits vorliegen. Dies bedingt, dass einzelne Aspekte der Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013 nicht vollumfänglich umgesetzt werden können. Insbesondere werden Änderungen der Anzahl von Versicherten nur auf Ebene von KV-Bezirken und nicht auf der Ebene von Einzelkassen nachvollzogen. Im Hinblick auf eine vom Institut des Bewertungsausschusses durchgeführte Simulationsrechnung ist jedoch nicht zu erwarten, dass sich die Berechnungsergebnisse des Verfahrens wesentlich ändern würden, wenn Änderungen der Anzahl von Versicherten auf der Ebene von Einzelkassen berücksichtigt würden.

Da im Jahr 2013 in einigen KV-Bezirken vom Orientierungswert abweichende regionale Punktwerte vereinbart wurden, werden diese zur Umrechnung von Eurobeträgen in Punktzahlvolumina verwendet. Gleichzeitig ist für das vierte Quartal 2013 die Umstellung des Orientierungswertes für als Punktzahlvolumina betrachtete Größen durch Umrechnung mit einem geeigneten Faktor zu berücksichtigen, um die Vergleichbarkeit mit Punktzahlvolumina aus vorherigen Quartalen zu gewährleisten.

Der ermittelte tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs soll möglichst nicht davon beeinflusst werden, dass sich die Bewertung von Leistungen von einem Quartal des Jahres 2012 zum entsprechenden Quartal des Jahres 2013 ändert. Daher gehen Leistungen im Jahr 2013, für die eine solche Änderung der Bewertung stattgefunden hat, mit der ursprünglichen Bewertung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2012 in die Berechnungen ein.

4. Berechnung der transformierten Größen

Wie oben bereits erwähnt, folgt die Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs der Quartale des Jahres 2012 möglichst eng den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013. Bei der Abgrenzung der Leistungen, die in einem Quartal in einem KV-Bezirk der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzuordnen sind, werden, soweit möglich, regionale Besonderheiten und unterjährige Änderungen berücksichtigt. Der mittlere Bereinigungsbetrag pro Versichertem wegen selektivvertraglich erbrachten Leistungen für die Quartale des Jahres 2012 wird aus dem Gesamtbereinigungsbetrag für den KV-Bezirk und der Anzahl von Versicherten im KV-Bezirk berechnet, da diese Größe auf Bundesebene für die Quartale des Jahres 2012 nicht vorliegt.

Die Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs für die Quartale des Jahres 2012 ist nicht Teil der Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013. Vielmehr handelt es sich dabei um eine spezifisch für die Feststellung einer Unterschreitung durchzuführende Berechnung. Ziel ist es jedoch, diese Transformation in möglichst starker Analogie zur Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs durchzuführen. Die größere Anzahl von Schritten bei der Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs kommt lediglich dadurch zustande, dass in Euro und in Punkte bewertete Leistungen teilweise getrennt betrachtet werden müssen, um den Einfluss von Änderungen des regionalen Punktwertes korrekt abzubilden.

5. Berechnung der Anstiege

Bevor aus den Ergebnissen der Transformationen der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs sowie der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013 ermittelt werden kann, muss noch beachtet werden, dass die Ergebnisse der Transformation nicht die Änderungen der Teilnahme an Selektivverträgen berücksichtigen, die nach dem jeweils betrachteten Quartal des Jahres 2012 bis zum entsprechenden Quartal des Jahres 2013 aufgetreten sind. Daher werden der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Jahres 2013 ebenso wie der abgerechnete Leistungsbedarf des Jahres 2013 um die Differenzbereinigungsbeträge des Jahres 2013 rückbereinigt, bevor sie zu den Ergebnissen der Transformationen ins Verhältnis gesetzt werden, um so die beiden Anstiege in Prozent zu erhalten.

6. Dokumentation der Berechnung

Um die Möglichkeit zu schaffen, dass regionale Besonderheiten, die mithilfe der auf Bundesebene dem Institut des Bewertungsausschusses vorliegenden Daten nicht vollständig abgebildet werden konnten, von den Partnern der Gesamtverträge im Rahmen der Verhandlungen berücksichtigt werden können, dokumentiert das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen der Berechnungen getroffene etwaige weitere Annahmen oder Festlegungen, soweit diese sich nicht direkt aus dem Beschlusstext ergeben.

7. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die gemäß Teil C des vorliegenden Beschlusses ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Teil D des vorliegenden Beschlusses zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil D

Vorlage der Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses

In Teil D des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die Berechnungen nach Teil A, Teil B und Teil C des vorliegenden Beschlusses bis zum 21. September 2015 vorzunehmen und je KV-Bezirk die für die Beschlussfassung einer Empfehlung zum Umfang des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs maßgeblichen Teilergebnisse dem Bewertungsausschuss zusammenzustellen und schließlich den von den regionalen Gesamtvertragspartnern noch durchzuführenden Rechengang darzustellen.

Berichtet werden dem Bewertungsausschuss folgende Prozentwerte als Teilergebnisse:

- A) Den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent ohne Berücksichtigung der Ergebnisse von Teil B und Teil C gemäß Teil A Nr. 3.5 bezogen auf den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- B) Der gemäß Anlage 2 Nr. 2 ermittelte ungewichtete Prozentwert zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen, bezogen auf den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- C) Die gemäß Teil B Nr. 3 ermittelte Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % bezogen auf den Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- D) Den gemäß Teil C ermittelten Unterschreitungsbetrag in Punkten, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das erste Quartal des Jahres 2015, sofern dieser Unterschreitungsbetrag größer als null ist.

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014 ergibt sich gemäß der Datengrundlage, wie beschrieben in Teil B Nr. 2.1.

Zur Vorbereitung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 (NVA 2013) legt der Bewertungsausschuss als Empfehlung in einer Protokollnotiz fest, dass neben den oben beschriebenen Größen die folgende Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarfs des vierten Quartals des Jahres 2014 durch die Gesamtvertragspartner beschlossen werden soll:

Dabei bezeichnen A, B, C, und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D berechneten Größen und den regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2016.

Außerdem ist in der Protokollnotiz festgelegt, dass die Größe D wegen möglicher Abweichungen in den regional vorliegenden Datengrundlagen gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Teil C Nr. 4 von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren ist.