

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015, 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 333. Sitzung vom 20. August 2014 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 31. August 2017

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2015 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 2015 bilden, in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind. Die Frist für die Beschlussfassung wurde in der 360. Sitzung des Bewertungsausschusses am 19. August 2015 auf den 31. Juli 2017 verlängert.

Mit dem vorliegenden Beschluss kommt der Bewertungsausschuss den o. g. Vorgaben nach.

2. Inkrafttreten

Der Beschluss mit den Teilen A bis E tritt mit Wirkung zum 31. August 2017 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 2015 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 2015 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), und der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde.

Die zu verwendende Datengrundlage umfasst die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 6. April 2017 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Berichtsjahre 2013 bis 2015 sowie die Kostenträgerhistorie zum Stand 2. Januar 2017.

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 2014 und 2015 der amtlichen KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), und seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde, herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden jahresspezifisch der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Januar 2017) verwendet.

Die Datengrundlage wird grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 unter Verwendung der Diagnosen der Jahre 2014 und 2015 gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung 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 Veränderungsdaten für das Jahr 2018 kommen, da für die Kalibrierung des zeitgleichen Modells das Bezugsjahr 2014 heranzuziehen ist, während für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ein 2-jährig prospektives Modell mit den Bezugsjahren 2013 bzw. 2015 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 Veränderungsdaten für das Jahr 2018, entsprechend Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. 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 2014 in der Datengrundlage vorhanden sind, herangezogen. Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten zu vermeiden, werden nur diejenigen Versicherten einbezogen, die im Jahr 2014 versichertenzeitvollständig waren.

Darüber hinaus werden Versicherte, die im Jahr 2014 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 2014 und / oder 2015 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 2018, entsprechend Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. 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 Bayern 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 z11a, welche auf der Arbeitsversion z10a.01 des Klassifikationssystems mit Stand vom 14. Juni 2017 (TOP 5 der 422. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses) aufsetzt, die der Bewertungsausschuss mit diesem Beschluss, geändert gegenüber der Festlegung in Nr. 2.2 im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 333. Sitzung, freigibt. 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 2014) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2017 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. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. 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 2014, die unabhängigen Variablen sind die Alters- und Geschlechtsgruppen und die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) ebenfalls des Jahres 2014. Die Gewichtung bei der Regression erfolgt auf der Ebene der Versicherten mit der Anzahl der versichertenindividuell vorliegenden Versichertenquartale für das Jahr 2014.

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 2014 und 2015 miteinander verglichen. Dabei wird die durchschnittliche Relativgewichtssumme des Jahres 2015 aufgrund der veränderten Datenqualität mit den Werten gemäß Anlage 5 multipliziert. Dies geschieht aus Konsistenzgründen zum Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, in dem geregelt wird, wie mit einer veränderten Datenqualität von 2014 auf 2015 umgegangen wird.

Zu diesem Zweck wird dabei auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2014 gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen, wobei die Summen für 2015 mit den oben genannten Werten gemäß Anlage 5 multipliziert werden.

Die Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern erfolgt mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.3 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses. Dabei wird aus getrennten Anstiegen für Selektivvertragsteilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an 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 333. Sitzung genannten Bezug auf alle HCC in Übereinstimmung mit der Festlegung im Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell auch die Alters- und Geschlechtsgruppen einbezogen.

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 2014 und 2015 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2014 wird dabei gemäß Nr. 4.2 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen, wobei die Summe für 2015 mit den in Nr. 3.2 genannten Werten gemäß Anlage 5 multipliziert wird. 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

Wenn der gemäß Nr. 3.2 des vorliegenden Beschlusses berechnete Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk größer oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird, wie im Beschluss der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses festgelegt, dieser Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert, um den Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs zu erhalten. Wenn der Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk kleiner als 0,1 Prozent ist, dann wird für die Berechnung des Schwellenwerts dieser Anstieg um 0,015 Prozentpunkte erhöht, um den möglicherweise vorhandenen Messfehler bei kleinen Anstiegen zu korrigieren.

Übersteigt der Anstieg von 2014 auf 2015 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den so berechneten Schwellenwert, 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 2014 auf 2015 der ausgewählten Risikokategorien und dem Schwellenwert 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 2014 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 2015 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 2015 und die Folgejahre. 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 2015 und die Folgejahre gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 333. Sitzung wird mit diesem Beschluss die Verrechnung des festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2015 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 2018 verstanden.

Das Verfahren kommt nur dann zur Anwendung, wenn gemäß Teil A des vorliegenden Beschlusses ein nicht vorhersehbarer Anstieg von 2014 auf 2015 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 2016 dient als Bezugsgröße für die nach Nr. 3.1 und Nr. 3.2 des vorliegenden Beschlusses jeweils ermittelte Punktzahlsumme. Diese Bezugsgröße für das Jahr 2016 wird dem Attribut Wert für den Vorgang 980 (bis zum 4. Quartal 2016: „Bereinigter Behandlungsbedarf in Punkten gem. Bereinigungsbeschluss“) der Schnittstelle vdx_kt zur Datenlieferung zum Formblatt 3 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) entnommen, entsprechend dem dem Institut am 16.08.2017 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 2018 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 2018 berechnet.

Dazu werden alle hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems der Version p11a den jeweiligen, teilweise durch Zusammenlegung (Komprimierung) gebildeten Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2017 zugeordnet und der Quotient aus der Differenz aus den Morbiditätsindizes der ausgewählten Risikoklassen der Jahre 2015 und 2014 und dem Morbiditätsindex aller Risikoklassen des Jahres

2014 berechnet. Für das Jahr 2015 werden die Morbiditätsindizes der ausgewählten Risikoklassen mit einem Faktor aufgrund der zwischen den Jahren 2014 und 2015 veränderten Datenqualität gemäß Anlage 5 des vorliegenden Beschlusses multipliziert. Die Morbiditätsindizes werden dabei mit den gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell 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 2018 und dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das Jahr 2016 für jeden KV-Bezirk berechnet.

Dieses für jeden KV-Bezirk berechnete Produkt ist gemäß Teil D mit dem für die gewichtete Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate durch die Gesamtvertragspartner verwendeten Gewichtungsfaktor für die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2018 zu gewichten.

3.2 Ermittlung der dem um den Anstieg aller Risikokategorien verminderten Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechenden Punktzahlsumme

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, die dem Schwellenwert bezogen auf den Anstieg von 2014 auf 2015 aller Risikokategorien entspricht. Dazu wird gemäß Nr. 2 der Anlage 2 des vorliegenden Beschlusses die Punktzahlsumme ermittelt, die dem Schwellenwert bezogen auf den Anstieg von 2014 auf 2015 aller Risikokategorien je KV-Bezirk entspricht.

Die Punktzahlsumme, die je KV-Bezirk dem um den Anstieg aller Risikokategorien von 2014 auf 2015 verminderten Schwellenwert entspricht, wird entsprechend den Festlegungen aus Teil A berechnet als Produkt der Differenz aus Schwellenwert und Anstieg aller Risikokategorien von 2014 auf 2015 gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses einerseits und der Kostengewichtssumme der Menge der ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses des Jahres 2014 im zeitgleichen Klassifikationsmodell andererseits.

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 2015 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2014 auf 2015 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2014 auf 2015

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 2015 vorliegt, festgestellt werden, ob es in diesem KV-Bezirk gleichzeitig eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2014 auf 2015 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2014 auf 2015 gegeben hat. Hat es eine solche Unterschreitung gegeben, so ist diese mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2015 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. Grundsätze des Verfahrens

Das Verfahren zur Feststellung einer Unterschreitung orientiert sich an den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), für das Jahr 2015. Das Konzept des Aufsatzwertes dient der Beschreibung der Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von einem Quartal des Jahres 2014 in das entsprechende Quartal des Jahres 2015. Dabei wird der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf der Quartale 2014 so transformiert, als wären die Leistungen unter den Bedingungen erbracht worden, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2015 herrschten. Durch Vergleich des Ergebnisses der Transformation mit dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf der Quartale des Jahres 2015 ergibt sich der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs von 2014 auf 2015 in Prozent.

Analog zum vereinbarten Behandlungsbedarf wird auch der abgerechnete Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2014 auf die in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2015 herrschenden Bedingungen transformiert. Durch Vergleich des Ergebnisses dieser Transformation mit dem abgerechneten Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2015 ergibt sich der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs von 2014 auf 2015 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 2014 ergibt. Bei der Berechnung dieser Bezugsgröße sind jedoch die Differenzbereinigungen der Quartale des Jahres 2015 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 2014 auf 2015 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 333. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), für das Jahr 2015 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 2015 in einigen KV-Bezirken vom Orientierungswert abweichende regionale Punktwerte vereinbart wurden, werden diese zur Umrechnung von Eurobeträgen in Punktzahlvolumina verwendet.

Der ermittelte tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs soll möglichst nicht davon beeinflusst werden, dass sich die Bewertung von Leistungen von einem Quartal des Jahres 2014 zum entsprechenden Quartal des Jahres 2015 ändert. Daher gehen Leistungen im Jahr 2015, für die eine solche Änderung der Bewertung stattgefunden

hat, mit der ursprünglichen Bewertung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2014 in die Berechnungen ein.

4. Berechnung der transformierten Größen

Wie oben bereits erwähnt, folgt die Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs der Quartale des Jahres 2014 möglichst eng den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), für das Jahr 2015. 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 2014 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 2014 nicht vorliegt.

Die Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs für die Quartale des Jahres 2014 ist nicht Teil der Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), für das Jahr 2015. 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 2014 auf 2015 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 2014 bis zum entsprechenden Quartal des Jahres 2015 aufgetreten sind. Daher werden der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf des Jahres 2015 ebenso wie der abgerechnete Leistungsbedarf des Jahres 2015 um die Differenzbereinigungsbeträge des Jahres 2015 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 15. September 2017 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 die folgenden, mit den im vorliegenden Beschluss getroffenen Festlegungen bestimmten, 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. 3.6 bezogen auf den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2016.
- 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 2016.
- C) Die gemäß Teil B Nr. 3.2 ermittelte, dem Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechende Punktzahlsumme, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2016.
- D) Den gemäß Teil C ermittelten Unterschreitungsbetrag in Punkten, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2016, sofern dieser Unterschreitungsbetrag größer als null ist.

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2016 ergibt sich gemäß der Datengrundlage, wie beschrieben in Teil B Nr. 2.1.

Teil E

Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarfs des vierten Quartals des Jahres 2016

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 2015 (NVA 2015) beschließt der Bewertungsausschuss in Teil E des vorliegenden Beschlusses, dass in die Beschlussfassung zur Empfehlung zusätzlich zu den oben beschriebenen Größen auch die folgende Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarfs des vierten Quartals des Jahres 2016 durch die Gesamtvertragspartner aufgenommen werden soll:

$$NVA_{2015} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D).$$

Dabei bezeichnen A, B, C, und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D berechneten Größen und g den regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2018.

Außerdem ist in Teil E des vorliegenden Beschlusses 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.