

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss 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. Rechtsgrundlage

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.

Der Beschluss verweist in der Präambel auf den bereits bestehenden Beschluss des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Durch diesen Bezug wird darauf hingewiesen, dass der folgende Beschluss bereits auf dem vorhandenen Beschluss aufbaut und diesen fortentwickelt.

Demnach hat der Bewertungsausschuss 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 mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 für das Jahr 2013 gefasst, der insbesondere das dafür heranzuziehende Berechnungsverfahren beschreibt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

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.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen

3.1 Datengrundlage

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Änderung durch den Beschluss der 307. Sitzung

(schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 273. Sitzung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V einen Beschluss zur Übermittlung von für die Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses gefasst. Der Beschluss in der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses präzisiert das Verfahren zur Lieferung von Korrekturdaten und der Verfahrensablauf zur Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe wurde detaillierter festgelegt.

Die Datengrundlage wird grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten basierend auf den Jahren 2013 und 2014 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 Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten kommen, die auf einem 2-jährig prospektiven Modell beruht.

Der Bezug zur Geburtstagsstichprobe stellt die methodische Fortführung der bisherigen Beschlusslage dar.

3.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Verwendung eines zeitgleichen unkomprimierten Modells des Klassifikationssystems entspricht der Festlegung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil E, in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 und der Festlegung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und wird auch für die Ermittlung für das Jahr 2014 übernommen. Weiterhin können die erwarteten Leistungsbedarfe vorliegender Risikoklassen von Akuterkrankungen durch ein zeitgleiches unkomprimiertes Modell besser geschätzt werden, da die Bestimmung der Kostenfolgen der Akuterkrankungen innerhalb eines Jahres erfolgt.

Als Konsequenz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 die zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z07a) hinsichtlich der aufgrund der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM für das Jahr 2014 erforderlichen Änderungen der Diagnosezuordnung zu den Risikokategorien aktualisiert. Darüber hinaus wird geprüft, 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.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene, zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2013 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2013) und Leistungsbedarf

(2013) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2013 auf der Grundlage hierarchisierter Risikokategorien kalibriert.

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

Die Kalibrierung eines zeitgleichen Modells stellt die methodische Fortführung der bisherigen Beschlusslage dar.

Die 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, so dass ggf. Spezifika der dann vorliegenden Datengrundlage (z. B. Festlegung zum Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern, spezifische Kalibrierungsalgorithmen) und der dann aktuelle Stand der Anpassung des Klassifikationssystems berücksichtigt werden können.

3.3 Kennzeichnung und Vergütung

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 des Beschlusses, die zusammen einen 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 akuten Erkrankungen 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. Das Institut des Bewertungsausschusses soll bei der Berechnung folgendermaßen vorgehen:

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. Dabei wird der Anstieg nicht einzeln für jede ausgewählte HCC berechnet, sondern ein Anstieg für alle ausgewählten HCCs zusammen.
2. Die gleiche Berechnung erfolgt für alle HCCs, inklusive der ausgewählten HCCs. Der so berechnete Anstieg für alle 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 dem durchschnittlichen Leistungsbedarf) der ausgewählten HCCs des Jahres 2013, ergibt den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in Punkten.

Der Schwellenwert von fünfzehn Prozent verringert den Einfluss zufälliger Schwankungen innerhalb der Komponenten des Klassifikationsmodells und begrenzt die Wahrscheinlichkeit, diese fälschlicherweise als nicht vorhersehbaren Anstieg auszuweisen.

3.4 Fristen

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen 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.

Mit dieser Festlegung stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass die Beschlussfassung zum nicht vorhersehbaren und zusätzlich zu vergütenden Anstieg des Behandlungsbedarfs nicht isoliert erfolgt, sondern im Zusammenhang mit dem Beschluss zu den Empfehlungen für die Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2017 steht. Nach den Verfahren in Nr. 4 des Beschlusses ist dabei insbesondere auf die Vermeidung von Doppelzahlungen zu achten.

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.

Auch hierbei sind die Verfahren gemäß Nr. 4 des Beschlusses zu beachten.

4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des 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 Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung und der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung.

Danach liegt ein nicht vorhersehbarer Anstieg des 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 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 des Beschlusses sind zu beachten.

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 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.

4.2 Fristen

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

Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

5. Vermeidung von Doppelzahlungen

Auch die Festlegung, dass die Empfehlungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014 gemäß der Nrn. 2 und 3 des Beschlusses nicht zu Doppelzahlungen bei der Gesamtvergütung für das Jahr 2014 und für die Folgejahre führen darf, war bereits Bestandteil der vorangehenden Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung und der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung. Diese Festlegung bezieht sich sowohl auf die Trennung der Vergütung von Ausnahmeereignissen und einem überproportionalen Anstieg von akuten Erkrankungen als auch auf die bereits im Zusammenhang mit der Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen stehenden Vereinbarung der Gesamtvertragspartner. Der Bewertungsausschuss hat das Institut des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung beauftragt, hierzu bis zum 31. Mai 2014 geeignete Verfahren zu entwickeln sowie ein Verfahren zu entwickeln, wie eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erfolgen kann.

6. Inkrafttreten

Der Beschluss des Bewertungsausschusses bezüglich der Empfehlung zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2014 tritt mit Wirkung zum 31. August 2013 in Kraft.