

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V sowie zu Untersuchungsaufträgen an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell mit Wirkung zum 21. August 2018

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2018 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Hierzu ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden, das in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und fortentwickelt werden kann. Außerdem ist die Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V zu aktualisieren. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung gemacht und angekündigt, bis zum 30. Juni 2018 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2019 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung, festzulegen.

Der vorliegende Beschluss trifft in Teil A die Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2019. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses. Die Ermittlung erfolgt mit einer Frist bis zum 7. September 2018.

In Teil B des vorliegenden Beschlusses wird die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit Untersuchungen zur Vorbereitung der Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell geregelt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird in Nr. 1 des Teils A des vorliegenden Beschlusses die Verwendung der aktuellen Version des Klassifikationssystems geregelt, das die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien beinhaltet. Es wird das Klassifikationssystem in der Version p12a verwendet, die in der 434. Sitzung des Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses am 7. Juli 2018 freigegeben wurde. Wie bereits mit den Versionen p10a und p11a umgesetzt, werden darin neben der Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die Version der ICD-10-GM des Jahres 2018 insbesondere die Verschiebungen des ICD-Kodes E55.9 (Vitamin-D-Mangel) in die eine Hierarchiestufe niedriger liegende Risikokategorie „Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen“ beibehalten. Die Zuordnungsänderung bzgl. des ICD-Kodes E55.9 war aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen erforderlich und erfolgte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung Nr. 1 b lit. bb) regelbasiert. Zugleich wurde die temporäre Änderung (seit Version p10a) der Zuordnung der Diagnose R29.6 „Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert“ zurückgenommen, da sich die aufgrund der Änderungen im EBM bedingte außergewöhnliche Prävalenzänderung abgeschwächt hat. Schließlich zeigte die erneute Überprüfung der Prävalenzänderung des ICD-Kode „I69.3 Folgen eines Hirninfarktes“, dass hierzu keine Anpassung im KS87a erforderlich ist. Damit wurde der Prüfauftrag zu diesen drei ICD-Kodes abgeschlossen und nicht erneut verlängert.

Darüber hinaus wurde die Hierarchisierung zwischen den Diagnosen „Diabetes mit Nierenkomplikation“ und „Chronische Niereninsuffizienz“ mit Aufteilung der HCC131 in zwei neue Risikokategorien HCC206 „Beginnende Niereninsuffizienz“ und HCC207 „Progrediente Niereninsuffizienz“ eingeführt, um den zwischen den Jahren 2014 und 2015 beobachteten außergewöhnlichen Prävalenzänderungen der ICD-Kodes N18.1 und N18.2, die wegen der labortechnisch geänderten Erfassung des Schweregrades der Nierenerkrankung regelhaft in Zusammenhang mit der Behandlung von Diabetes mit Nierenbeteiligung dokumentiert werden, nunmehr gerecht zu werden. Außerdem wurde in der ACC022 „Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ die Hierarchisierung der Risikokategorien angepasst. Die (H)CC129 „Terminale Niereninsuffizienz“ und (H)CC130 „Abhängigkeit von Dialyse“ wurden fusioniert zur neu gebildeten (H)CC208 „Terminale Niereninsuffizienz und Abhängigkeit von Dialyse“. Die neue HCC208 steht in der Hierarchie unter der HCC128. Damit wurde eine bestehende Hierarchieverletzung beseitigt. In Verbindung mit dieser Zusammenlegung wurde die Zuordnung des ICD-Kodes Z94.0 „Zustand nach Nierentransplantation“ von der (H)CC128 „Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats“ in die (H)CC136 „Andere Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege“ geändert.

Schließlich erfolgten in der ACC005 „Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten“ weitere Änderungen der Zuordnung von Diagnosen zu Diagnosegruppen und Risikokategorien sowie ggf. eine Anpassung der jeweiligen Bezeichnung, wobei die Überarbeitung der ACC005 noch nicht abgeschlossen ist.

In Nr. 2 von Teil A des vorliegenden Beschlusses wird die zur Bestimmung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 13. April 2018 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2014 bis 2016 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2015 und 2016. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 4. April 2018) verwendet.

Eine Änderung zum Vorjahr betrifft den Ausschluss von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, die aufgrund des Kassensitzes der zugehörigen Krankenkasse den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Nordrhein zugeordnet werden. Grund für diese Regelung ist die Vergütung dieser Versicherten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den genannten KV-Bezirken.

Die in der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses enthaltene Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2016 in Nr. 2.2.5 von Teil A des Beschlusses wurde aktualisiert. Beibehalten wird dabei die Festlegung, dass wenn der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2019 beschließen sollte, der Bewertungsausschuss darüber entscheiden wird, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2019 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2019 zu erfolgen hat und eine Anpassung der Anlage des vorliegenden Beschlusses entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung vorzunehmen ist.

Die Festlegungen zu den demografischen Hochrechnungsfaktoren in den Nm. 2.7 und 2.8 von Teil A des Beschlusses wurden gegenüber dem Vorjahr ergänzt um eine Differenzierung zwischen Versicherten mit Wohnsitz im Ausland und im Inland. Dies berücksichtigt die zwischen den Datenjahren 2015 und 2016 stattfindende Verbesserung der Datenqualität in Bezug auf die Lieferung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland und gleicht diesbezügliche Unterschiede in der Repräsentation der genannten Versicherten in der Stichprobe sowie den ANZVER87a-Daten aus.

Zum Umgang mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen der mit der ICD-10 verschlüsselten Behandlungsdiagnosen wird in Nr. 4.4 von Teil A des vorliegenden Beschlusses eine gegenüber dem Vorjahr neue Festlegung getroffen. Diese bewirkt eine Anpassung der Einzelbeiträge zur diagnosebezogenen Veränderungsrate jener diagnosebezogenen Risikoklassen, bei denen die darin übergeleiteten ICD-10-Kodes eine betragsmäßige relative Prävalenzänderung zwischen den Jahren 2015 und 2016 von mehr als 35 % aufweisen und der ICD-Kode gleichzeitig in beiden Jahren bei mindestens 0,325 % aller Versicherten eines KV-Bezirks vorliegt. Für die Anpassung werden zunächst die Einzelbeiträge der betroffenen Risikoklassen zur diagnosebezogenen Veränderungsrate errechnet und anschließend entsprechend des Anteils der Versicherten, die die jeweilige Risikoklasse ausschließlich aufgrund einer der mit den zuvor

ermittelten ICD-10-Kodes aufweisen, auf- bzw. abgewichtet. Zur Transparenz der durchgeführten Berechnungen werden den jeweiligen regionalen Gesamtvertragspartnern gemäß Nr. 7 von Teil A die herangezogenen Diagnosen, die Anteile zur Änderung der Einzelbeiträge, die Einzelbeiträge der Risikokategorien sowie die angewendeten Anpassungsfaktoren bereitgestellt.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen mit diesem Beschluss vorgenommenen Anpassungen der diagnosebezogenen Veränderungsrate die Geltung der Feststellung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 13.08.2014, Az.: B 6 KA 6/14 R), dass für den Regelfall weiterhin von einer hälftigen Gewichtung der diagnosebezogenen und der demographischen Veränderungsrate ausgegangen werden kann, nicht berührt.

Mit Nr. 8 des Beschlussteils A wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, bis zum 30. April 2019 Weiterentwicklungsvorschläge zur Berücksichtigung der Selektivvertragsteilnehmer bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate zu erstellen und zu bewerten. Insbesondere soll überprüft werden, welche Alternativen es zur aktuellen Berechnung von zwei getrennten Veränderungsrate für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer und der anschließenden gewichteten Zusammenführung der beiden Raten gibt und inwiefern diese Alternativen zu einer zielgenaueren Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die diagnosebezogene Veränderungsrate führen können. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass sämtliche bislang diskutierten Weiterentwicklungsvorschläge sowohl Vor- als auch Nachteile aufgezeigt haben und insbesondere die Wechselwirkungen mit dem Verfahren zur Bestimmung der Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs noch genauerer Untersuchungen bedürfen.

Der Teil B des vorliegenden Beschlusses verlängert die mit Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 für ein Jahr befristete Möglichkeit der einseitigen Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses durch die Trägerorganisationen um ein weiteres Jahr. Deshalb beziehen sich etwaige Untersuchungsaufträge nunmehr auf die Vorbereitung der Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell. Der Umfang einseitiger Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses beträgt unverändert gegenüber dem Vorjahr monatlich jeweils bis zu 10 % der für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vorgesehenen Arbeitskapazitäten. Sowohl zu den Beauftragungen, als auch zu den Bearbeitungsständen und Ergebnissen wird Transparenz für beide Trägerorganisationen im Rahmen der AG Grupperanpassung gewährleistet.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses tritt mit Wirkung zum 21. August 2018 in Kraft.