

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 19. Juni 2019

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2019 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 2019 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung, festzulegen.

Der vorliegende Beschluss trifft die Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2020. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2020 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird in Nr. 1 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 p13a verwendet, die in der 444. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 4. Juni 2019 freigegeben wurde. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die Version der ICD-10-GM des Jahres 2019. Im Einzelnen wurden bei der Anpassung 93 neue ICD-Kodes in das Klassifikationssystem aufgenommen, 26 ICD-Kodes ab 2019 als ungültig markiert, alle ICD-Kodes aus dem Klassifikationssystem entfernt, die nur für die Jahresversion 2012 der ICD-10-GM gültig

waren sowie ein bisher nicht vorhandener Geschlechtsbezug ergänzt. Aus diesen Anpassungen ergaben sich darüber hinaus verschiedene Umbenennungen von Diagnosegruppen bzw. Risikokategorien.

In der ACC005 „Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten“ wurden die bereits im letzten Jahr 2018 begonnenen und teilweise in p12a umgesetzten Änderungen der Zuordnung von Diagnosen zu Diagnosegruppen und Risikokategorien fortgesetzt. Durch die Überarbeitung wurde die klinische Homogenität in der ACC005 verbessert.

Darüber hinaus wurde für den ICD-Kode I21.2 „Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen“ und den ICD-Kode I21.3 „Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation“ die untere Altersgrenze „15 Jahre“ aus Gründen der Vereinheitlichung analog zu den weiteren in der DxG-Gruppe vorhandenen sechs ICD-Kodes auf „0 Jahre“ herabgesetzt.

In Nr. 2 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 26. April 2019 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2015 bis 2017 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2016 und 2017. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 23. Januar 2019) verwendet.

Die Regelung aus dem Vorjahr bzgl. des Ausschlusses von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland (sog. Wohnausländer), denen gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses die KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein als Wohnort-KV zugeordnet werden, wird in diesem Jahr beibehalten.

Abweichend zum Vorjahr erfolgt die Identifikation von Wohnausländern jahresbezogen auf Grundlage des letzten verfügbaren Quartals im jeweiligen Jahr, um sicherzustellen, dass für diese Versicherten die Wohnort-KV entsprechend der KV-Zuordnung in Nr. 2.2.1 mit dem Kassensitz der zugehörigen Krankenkasse übereinstimmt. Die Identifikation von Wohnausländern wird nun in Nr. 2.2.9 entsprechend beschrieben.

Die in der Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses enthaltene Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2017 in Nr. 2.2.5 des Beschlusses wurde aktualisiert.

Im Gegensatz zum Vorjahr enthält der vorliegende Beschluss keinen Teil B zur Möglichkeit der einseitigen Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses durch die Trägerorganisationen, da dieser Teil im letztjährigen Beschluss zum Klassifikationsmodell des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung nur um ein weiteres Jahr verlängert wurde.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses tritt mit Wirkung zum 19. Juni 2019 in Kraft.