

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012

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

1 Präambel

Gemäß § 87a Abs. 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 Absatz 3 Satz 4 SGB V zu beschließen.

In seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in Teil E einen Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für ein Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V (in der Fassung des GKV-WSG) mit Wirkung zum 1. Januar 2010 gefasst. Dieser Beschluss umfasste die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 sowie für das Jahr 2010.

In seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung des GKV-Finanzierungsgesetzes, Stand 23. September 2010, im Rahmen der Regelung zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 beschlossen, dass keine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Jahre 2011 und 2012 erfolgt, da die Berechnung gemäß der gesetzlichen Vorgaben ausgesetzt wurde.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses legt insbesondere das Berechnungsverfahren des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 fest und erweitert damit die Bestimmung der bisher gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung am 25. Januar 2012 getroffenen Festlegung zum Verwendungszweck des Klassifikationssystems.

2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

2.1 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 setzt auf der Grundlage der zeitgleichen unkomprimierten Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z06a) insbesondere unter Berücksichtigung der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM für die Jahre 2012 und 2013 auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses analog der Vorgabe aus dem Beschluss der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses bis zum 31. Mai 2013 freigibt.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2012 erhobenen Datengrundlagen mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Behandlungsbedarf in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kalibriert. Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten basierend auf den Jahren 2012 und 2013 festgelegt wird.

Durch die Kalibrierung gemäß dem mit dem Institut des Bewertungsausschusses abgestimmten Kalibrierungsalgorithmus resultieren die Kosten- bzw. Relativgewichte der 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 2013 bilden. Das Nähere zur Festlegung der technischen Einzelheiten beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2014.

2.2 Kennzeichnung und Vergütung

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.1 können zusammen einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen auslösen:

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

Der für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermittelnde nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen wird durch das Institut des Bewertungsausschusses folgendermaßen berechnet:

- Die durchschnittliche Relativgewichtssumme je Versicherten der genannten HCC des Jahres 2012 wird mit der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten der genannten HCC des Jahres 2013 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 verglichen.
- Übersteigt der Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten dieser HCC zusammen den Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten insgesamt für alle HCC um mehr als fünfzehn Prozent, so gilt die Differenz der Überschreitungsanteile multipliziert mit der Kostengewichtssumme dieser HCC bezogen auf das Jahr 2012 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen.
- 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 2015 vor. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2015 über die Empfehlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 beschließen. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.
- 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. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

3 Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V liegt auch 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 Großschadenerscheinungen, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2013 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 2013 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Die Verfahren nach Nr. 4 sind zu beachten.

3.1 Kennzeichnung und Vergütung

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 3 aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen. Sofern der Bewertungsausschuss dazu Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen beschließt, sind diese zu berücksichtigen.

Die gekennzeichneten Leistungen werden zeitnah nach Vorlage der entsprechenden Abrechnungen 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.

4 Vermeidung von Doppelzahlungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Empfehlung in Nrn. 2 und 3 zu keinen Doppelzahlungen bei der Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und für die Folgejahre kommt. Dies betrifft insbesondere die Veränderungsfaktoren des vereinbarten Behandlungsbedarfes nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und 4 SGB V eines Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses bis zum 31. Mai 2014 geeignete Verfahren zu entwickeln, so dass die Umsetzung der Empfehlungen nach Nr. 2 und 3 zu keinen Doppelzahlungen führt. Das Institut soll außerdem ein Verfahren entwickeln, wie eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs erfolgen kann.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 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

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V zu beschließen. Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 8 SGB V sind diese Empfehlungen jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen.

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

Demnach hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in Teil E in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 einen Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für ein Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V (in der Fassung des GKV-WSG) mit Wirkung zum 1. Januar 2010 gefasst. Dieser Beschluss umfasste die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 sowie für das Jahr 2010.

Für die Jahre 2011 und 2012 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 unter Berücksichtigung des GKV-Finanzierungsgesetzes, Stand 23. September 2010, im Rahmen der Regelung zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 beschlossen, dass keine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgt, da die Berechnung gemäß der gesetzlichen Vorgaben ausgesetzt wurde.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses erweitert den Verwendungszweck des Klassifikationssystems um die Verwendung bei der Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung am 25. Januar 2012 unter Nr. 1. Abschnitt a) wurde der Verwendungszweck des Klassifikationssystems zunächst auf die Ermittlung diagnosebezogener Veränderungsraten der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V begrenzt.

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

3.1 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen

Die Verwendung eines zeitgleichen unkomprimierten Modells des Klassifikationssystems entspricht der Festlegung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung und wird auch für die Ermittlung im Jahre 2013 übernommen.

Als eine Konsequenz des Beschlusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems aus der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses wird für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 die zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z06a) unter besonderer Berücksichtigung der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM für die Jahre 2012 und 2013 herangezogen. Analog zum Beschluss zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems aus der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses soll der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die für ein Kalenderjahr gültige zeitgleiche Version des Klassifikationssystems bis zum 31. Mai eines Jahres, d. h. für den vorliegenden Fall bis zum 31. Mai 2013, freigeben.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2012 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosenbezug und Behandlungsbedarf in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf der Grundlage hierarchisierter Risikokategorien kalibriert. Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten basierend auf den Jahren 2012 und 2013 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 Veränderungs-raten kommen, die auf einem 2-jährig prospektiven Modell beruht.

Sowohl die Kalibrierung eines zeitgleichen Modells als auch der Bezug zur Geburtstagsstichprobe stellen die methodische Fortführung der bisherigen Beschlusslage dar.

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 2013 bilden. Die Festlegung der technischen Einzelheiten beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2014, so dass ggf. Spezifika der dann vorliegenden Datengrundlage (z. B. Festlegung zum Ausschluss von Selektivvertrags-teilnehmern, spezifische Kalibrierungsalgorithmen) und der dann aktuelle Stand der Anpassung des Klassifikationssystems berücksichtigt werden können.

3.2 Kennzeichnung und Vergütung

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.1 des Beschlusses, die einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen auslösen können, stellt die Ermittlung auf die bisher geltende Beschlussgrundlage mit der Beschränkung der akuten Erkrankungen auf 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 KV-Bezirk 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:

- Die durchschnittliche Relativgewichtssumme je Versicherten der genannten HCC des Jahres 2012 wird mit der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten der genannten HCC des Jahres 2013 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 verglichen. Übersteigt der Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten dieser HCC zusammen den Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten insgesamt für alle HCC um mehr als fünfzehn Prozent, so gilt die Differenz der Überschreitungsanteile multipliziert mit der Kostengewichtssumme dieser HCC bezogen auf das Jahr 2012 als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von akuten Erkrankungen.

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.

- 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 2015 vor. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2015 über die Empfehlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 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 2016 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, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum erfolgender, Erstattung durch die Krankenkassen.

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.

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 2013 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 2013 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 gekennzeichneten Leistungen werden zeitnah nach Vorlage der entsprechenden Abrechnungen 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.

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.

5. Vermeidung von Doppelzahlungen

Auch die Festlegung, dass die Empfehlung zum nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 gemäß Nrn. 2 und 3 des Beschlusses nicht zu Doppelzahlungen bei der Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und für die Folgejahre führen darf, war bereits Bestandteil der vorangehenden Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. 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 beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses hierzu bis zum 31. Mai 2014 geeignete Verfahren zu entwickeln.

Darüber hinaus wird das Institut beauftragt, 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. 3 Satz 4 SGB V für das Jahr 2013 tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.