

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren An- stiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2016

mit Wirkung zum 31. August 2015

1. Präambel

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 vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses bestimmt das Verfahren zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016.

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

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss in seiner 348. 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 2015 und 2016 festgelegt wird.

2.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 setzt auf der Grundlage der zeitgleichen, unkomprimierten Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gemäß Beschluss des Bewer-

tungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V bis zum 30. November 2015 freigeben soll (voraussichtlich Version z09a). Diese Version des Klassifikationssystems wird an die im Jahr der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gültige Jahresversion der ICD-10-GM angepasst, wobei darüber hinaus geprüft wird, welche Änderungen aus der medizinischen Anpassung des Klassifikationssystems für die Ermittlung der Veränderungsdaten zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste zeitgleiche, unkomprimierte Version des Klassifikationssystems bis zum 30. Juni 2018 frei. Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 setzt auf der so angepassten zeitgleichen, unkomprimierten Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf.

Das so angepasste Klassifikationssystem wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2015 erhobenen Datengrundlagen mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2015) und Leistungsbedarf (2015) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 unter Verwendung der Diagnosen von 2015 und 2016 zugrunde liegt.

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 2016 bilden. Die Summe der zeitgleichen Relativgewichte über alle bzw. ggf. ausgewählte Risikokategorien eines Versicherten ergibt die Relativgewichtssumme für alle bzw. ausgewählte Risikokategorien für den Versicherten. Der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert dieser Relativgewichtssummen aller Versicherten ergibt je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung die entsprechende zeitgleiche durchschnittliche Relativgewichtssumme.

2.3 Kennzeichnung und Vergütung

Folgende hierarchisierte Risikokategorien (HCC) des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 können zusammen einen zusätzlich zu vergütenden nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auslösen und werden als ausgewählte Risikokategorien bezeichnet:

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

Ob und inwiefern die ausgewählten Risikokategorien aufgrund der Weiterentwicklung des zur Anwendung kommenden zeitgleichen Klassifikationssystems angepasst werden müssen, ist zu prüfen und entsprechende Vorgaben sind in dem unter Nr. 2.4 angegebenen Beschluss zu den technischen Festlegungen aufzunehmen.

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Institut des Bewertungsausschusses mit den folgenden Berechnungsschritten ermittelt:

1. Der Anstieg der ausgewählten Risikokategorien ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2015 und 2016 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2015.
2. Der Anstieg aller Risikokategorien ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen aller Risikokategorien (inklusive der ausgewählten Risikokategorien) des Jahres 2015 und 2016 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2015. Wenn der so berechnete Anstieg aller Risikokategorien größer als oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird der so berechnete Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert. Wenn der Anstieg kleiner als 0,1 Prozent ist, wird der berechnete Anstieg additiv um 0,015 Prozentpunkte erhöht.
3. Ist der Prozentwert nach Nr. 2 negativ, und das Gewicht der diagnosebezogenen Veränderungsrate bei der gewichteten Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2019 gleich null, so wird der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gleich null gesetzt.

Übersteigt andernfalls der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Prozentwert, wobei dieser auf null gesetzt wird, wenn er negativ ist, 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 dem Produkt aus der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichteten Summe der Risikowerte der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2015 und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf in Punkten (definiert als der mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Modells nach Nr. 2.2) ergibt je Kassenärztlicher Vereinigung den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen ohne Berücksichtigung der Verfahren gemäß Nr. 2.4 in Punkten, entsprechend der Vorgabe gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

2.4 Fristen zur Beschlussfassung zu technischen Festlegungen und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegungen der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells sowie zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und dem Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs, beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2018. Grundlage hierfür sind die vom Bewertungsausschuss in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 beschlossenen Festlegungen, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen nach Absatz 1 entsprechend Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 bis zum 20. August 2018 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2018 über die Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Grundlage der vom Institut des Bewertungsausschusses vorgelegten Ergebnisse beschließen.

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 Behandlungs-

bedarfs auf Basis der Empfehlungen des Bewertungsausschusses in Form eines einmaligen, nicht basiswirksamen Aufschlags auf den vereinbarten Behandlungsbedarf des 4. Quartals 2017 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten 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 2016 im Zusammenhang mit derartigen Ausnahmeereignissen erbracht werden und besonders zu kennzeichnen sind, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Die Partner der Gesamtverträge regeln das Nähere zu deren zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2016 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

3.1 Kennzeichnung und Vergütung

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

3.2 Fristen und Berücksichtigung von gesonderten Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung bzw. von Verrechnungen

Die gemäß Nr. 3.1 gekennzeichneten Leistungen werden von den Krankenkassen 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 morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Einmalzahlungen; sie sind nicht Bestandteil der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum.

Sofern ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen eintritt, ist ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen sowie ein Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung anzuwenden. Entsprechende Festlegungen dazu sind im Zusammenhang mit dem Eintritt von Ausnahmeereignissen nach Nr. 3 durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

4. Anpassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 312. und 333. Sitzung

Die in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in seiner 312. und 333. Sitzung vereinbarten Beschlusstermine

- zur Festlegung der technischen Einzelheiten und
- zur Vorlage der Berechnungen des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beim Bewertungsausschuss

werden für das Jahr 2014 (312. Sitzung des Bewertungsausschusses) auf den 31. Juli 2016 bzw. 20. August 2016 und für das Jahr 2015 (333. Sitzung des Bewertungsausschusses) auf den 31. Juli 2017 bzw. 20. August 2017 verlängert.

Zur Anpassung der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Sinne des vorliegenden Beschlusses werden die o. g. Beschlüsse unter der dortigen Nummer 2.2 Absatz 2 wie folgt geändert:

Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 312. Sitzung wird die Formulierung *"in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2013"* geändert in *"in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2017 unter Verwendung der Diagnosen von 2013 und 2014 zugrunde liegt"*.

Analog wird im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung die Formulierung *"in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Jahres 2014"* geändert in *"in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 unter Verwendung der Diagnosen von 2014 und 2015 zugrunde liegt"*.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2016 mit Wirkung zum 31. August 2015

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.

Dazu hat der Bewertungsausschuss zuletzt 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 mit Wirkung zum 31. August 2014 gefasst, der insbesondere das 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 2016 unter Berücksichtigung der Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.4.

3. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

3.1 Datengrundlage

Datengrundlage ist die vom Bewertungsausschuss gemäß Beschluss in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 348. Sitzung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V die Fortschreibung der durch den Bewertungsausschuss in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Erhebung der Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 beschlossen. Dabei wird die Datengrundlage zur Feststellung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten basierend auf den Jahren 2015 und 2016 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 Datengrundlage zur Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten 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 in dem erstmals die Verwendung eines zeitgleichen unkomprimierten Modells beschlossen wurde, die auch in den darauffolgenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses zum nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund von Akuterkrankungen in seiner 288., 312. und 333. Sitzung fortgeführt wurde. Diese Festlegung wird auch für die Ermittlung für das Jahr 2016 übernommen. Der wesentliche Grundgedanke für die Verwendung eines zeitgleichen Modells ist, dass die erwarteten Leistungsbedarfe vorliegender Risikoklassen von Akuterkrankungen durch ein zeitgleiches unkomprimiertes Modell besser geschätzt werden können, 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 2016 die zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses (z09a) hinsichtlich der aufgrund der jährlichen Änderungen in der ICD-10-GM für das Jahr 2018, dem Jahr der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des vorliegenden Beschlusses, erforderlichen Änderungen der Diagnosezuordnung zu den Risikokategorien aktualisiert. Die Nutzung

dieser, gegenüber den vorigen Beschlüssen weitaus aktuelleren, Version der ICD-10-GM wird ermöglicht durch eine Verschiebung des Freigabetermins durch den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses (s. u.). 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. Juni 2018 frei.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene, zeitgleiche unkomprimierte Version des Klassifikationssystems mit hierarchisierten Risikokategorien wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2015 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2015) und Leistungsbedarf (2015) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 unter Verwendung der Diagnosen von 2015 und 2016 zugrunde liegt.

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 aufgrund von Akuterkrankungen für das Jahr 2016 bilden.

Zur Nutzung innerhalb der Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden die zeitgleichen Relativgewichte aller bzw. ausgewählter Risikokategorien eines Versicherten summiert und als seine Relativgewichtssumme für alle bzw. ausgewählte Risikokategorien bezeichnet. Der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert dieser Relativgewichtssummen aller Versicherten ergibt dann je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung die entsprechende zeitgleiche durchschnittliche Relativgewichtssumme.

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

3.3 Kennzeichnung und Vergütung

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 des Beschlusses, die zusammen einen zusätzlich zu vergütenden 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 Akuterkrankungen 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.

Falls es aufgrund der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems erforderlich sein sollte, die hier als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnete Liste von Risikokategorien anzupassen, sind entsprechende Vorgaben zu Änderungen der oben aufgeführten acht HCCs in den unter Nr. 2.4 angegebenen Beschluss zu den technischen Festlegungen aufzunehmen.

Das Institut des Bewertungsausschusses soll bei der Berechnung folgendermaßen vorgehen:

1. Der Anstieg der ausgewählten Risikokategorien zusammen ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2015 und 2016 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2015. Dabei wird der Anstieg nicht einzeln für jede ausgewählte Risikokategorie berechnet, sondern ein Anstieg für alle ausgewählten Risikokategorien zusammen.
2. Die gleiche Berechnung erfolgt für alle Risikokategorien, inklusive der ausgewählten Risikokategorien und der Alters- und Geschlechtskategorien. Wenn der so berechnete Anstieg für alle Risikokategorien größer als oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird der so berechnete Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert. Wenn der Anstieg kleiner als 0,1 Prozent ist, wird der berechnete Anstieg additiv um 0,015 Prozentpunkte erhöht.
3. Im dritten Schritt wird als Änderung zur Beschlusslage in den vorangegangenen Jahren präzisierend festgelegt, dass wenn der Prozentwert nach Nr. 2 des Beschlusses, d. h. der Anstieg aller Risikokategorien, negativ ist und zugleich das Gewicht der diagnosebezogenen Veränderungsrate bei der gewichteten Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2019 gleich null ist, dann wird der nicht vorhersehbare Anstieg

des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gleich null gesetzt.

Übersteigt andernfalls der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Prozentwert, wobei der in Nr. 2 ermittelte Prozentwert auf null gesetzt wird, wenn dieser negativ sein sollte, 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 dem Produkt aus der mit den Versichertenjahren und demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichteten Summe der Risikowerte der ausgewählten Risikokategorien des Jahres 2015 und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf in Punkten (definiert als der mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Modells nach Nr. 2.2 des Beschlusses), ergibt für jede Kassenärztliche Vereinigung den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in Punkten, ohne Berücksichtigung der Verfahren gemäß Nr. 2.4 des Beschlusses.

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. Um den möglicherweise vorhandenen Messfehler bei kleinen Anstiegen unter 0,1 Prozent zu korrigieren, werden die ermittelten Anstiege dieser KV-Bezirke additiv um 0,015 Prozentpunkte erhöht. Dadurch erhöht sich der Schwellenwert bei kleinen Anstiegen auf über fünfzehn Prozent. Zugleich wird die Wahrscheinlichkeit eines fälschlichen Ausweisens zufälliger Unterschiede zwischen den Anstiegen der ausgewählten Risikokategorien und aller Risikokategorien als nicht vorhersehbarer Anstieg weiter verringert.

3.4 Fristen zur Beschlussfassung zu technischen Festlegungen und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegung der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells sowie das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und das Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2018. Festlegungen im Rahmen der Spezifikation des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 können so ggf. auch bei der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Grundlage für die technischen Festlegungen und Verfahren sind die vom Bewertungsausschuss in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 beschlossenen Festlegungen, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind. Diese Festlegungen zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung des Umfangs des nicht

vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs wurden in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung erstmals in der 360. Sitzung beschlossen.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen entsprechend Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 bis zum 20. August 2018 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2018 über die Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der berichteten Ergebnisse für das Jahr 2016 beschließen.

Mit dieser Festlegung stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass die Beschlussfassung zum zusätzlich zu vergütenden nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht isoliert erfolgt, sondern im Zusammenhang mit dem Beschluss zu den Empfehlungen für die Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2019 steht.

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 in Form eines nicht basiswirksamen Aufschlags auf den vereinbarten Behandlungsbedarf des 4. Quartals 2017 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum. Der Bezug auf das 4. Quartal 2017 ergibt sich aus der anzustrebenden Zeitnähe der Erstattung durch die Krankenkassen.

4. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten 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 Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses in seiner 288., 312. und 333. Sitzung.

Danach liegt ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten 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 2016 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 2016 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

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 und Berücksichtigung von gesonderten Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bzw. von Verrechnungen

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

Sofern ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen eintritt, ist ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen sowie ein Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung anzuwenden. Entsprechende Festlegungen dazu sind im Zusammenhang mit dem Eintritt von Ausnahmeereignissen nach Nr. 3 durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

5. Anpassung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 312. und 333. Sitzung

Die Anpassung der Termine für die Festlegung der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und zur Vorlage der Ergebnisse der entsprechenden Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für die Jahre 2014 bzw. 2015 (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 312. bzw. 333. Sitzung) auf spätere Termine erfolgt einerseits, um die Vorgaben zur Verfahrensermittlung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu erfüllen, sowie andererseits, um der Arbeitsebene die notwendigen Vorlaufzeiten zur Festle-

gung der technischen Einzelheiten und zur Vorlage der Berechnungsergebnisse einzuräumen.

Die korrigierten Formulierungen zur notwendigen Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Berechnungen im Zusammenhang mit der Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs, berichtigen zum einen den tatsächlich notwendigen Jahresbezug der Leistungsbedarfsabgrenzung und übernehmen zum anderen die im vorliegenden Beschluss angegebene Beziehung zur Berechnung der entsprechenden diagnosebezogenen Veränderungsdaten.

6. Inkrafttreten

Der Beschluss des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 tritt mit Wirkung zum 31. August 2015 in Kraft.