

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017

zu Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015

mit Wirkung zum 19. September 2017

Präambel

Gemäß § 87 a Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87 a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

Der Bewertungsausschuss hat in dem Beschluss 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 das Berechnungsverfahren des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 festgelegt. Zudem hat der Bewertungsausschuss in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 Festlegungen zu den technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V beschlossen.

Mit dem vorliegenden Beschluss gibt der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge nach § 83 SGB V auf der Grundlage der zuvor genannten Beschlüsse Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015.

1. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2015 aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Die Empfehlung des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2015 berechnet sich mittels der folgenden Formel:

$$NVA_{2015} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D)$$

Mit dem Ergebnis der Berechnungsformel soll durch die Gesamtvertragspartner ein einmaliger und nicht basiswirksamer Aufschlag auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2016 festgestellt und spätestens im Rahmen der nächsten erreichbaren, auf diese Feststellung folgenden Rechnungslegung vergütet werden.

Dabei bezeichnen A, B, C und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 berechneten und in der unten stehenden Tabelle für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ausgewiesenen Größen. Falls in der Tabelle kein Wert für D ausgewiesen ist, soll in der Formel der Wert null angesetzt werden.

Die Größe g (ein Wert zwischen 0 % und 100 %) bezeichnet den zwischen den Gesamtvertragspartnern regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2018 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 3 SGB V.

Die Größe D ist gegebenenfalls gemäß Teil C Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 unter Berücksichtigung der Anlage zu diesem Beschluss von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren.

KV	A	B	C	D
Schleswig-Holstein	0,3407%	0,3791%	0,0229%	0,9582%
Hamburg	0,3810%	0,2734%	0,0025%	2,2103%
Bremen	0,0000%			
Niedersachsen	0,2786%	0,4089%	0,0331%	
Westfalen-Lippe	0,4836%	0,4528%	0,0230%	3,8833%
Nordrhein	0,4042%	0,4451%	0,0287%	
Hessen	0,2064%	0,2467%	0,0161%	
Rheinland-Pfalz	0,2958%	0,4475%	0,0380%	
Baden-Württemberg	0,3291%	0,3559%	0,0140%	

Bayern	0,3301%	0,3850%	0,0154%	
Berlin	0,3201%	0,2812%	0,0102%	
Saarland	0,2106%	0,5386%	0,0637%	1,0682%
Mecklenburg-Vorpommern	0,3579%	0,4552%	0,0299%	
Brandenburg	0,3372%	0,3844%	0,0299%	
Sachsen-Anhalt	0,4459%	0,4946%	0,0398%	
Thüringen	0,4955%	0,5334%	0,0379%	
Sachsen	0,4490%	0,4931%	0,0366%	

2. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2015 aufgrund von Ausnahmeereignissen

Der Bewertungsausschuss beschließt mit Bezug auf Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 als Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs, dass für das Jahr 2015 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen vorliegt.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017

Dokumentation nicht abbildbarer Sachverhalte gemäß Nr. 4 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung

mit Wirkung zum 19. September 2017

Gemäß Nr. 2.1 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung erfolgten die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Daten, die auf Bundesebene vorliegen. Durch die Verwendung von auf Bundesebene vorliegenden Datengrundlagen kommt es gegebenenfalls zu Ungenauigkeiten bei der Abbildung regionaler Besonderheiten. Gemäß Nr. 4 in Teil C des o. g. Beschlusses soll das Institut des Bewertungsausschusses diese nicht abbildbaren Sachverhalte sowie ggf. getroffene Annahmen zusammen mit der Vorlage der Berechnungsergebnisse darstellen. Dazu werden im Folgenden die durch das Institut des Bewertungsausschusses gewählten Vorgehensweisen bei der Berücksichtigung von Änderungen der Anzahl von Versicherten, bei der Abgrenzung der Leistungen, die in einem Quartal in einem KV-Bezirk der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zugeordnet sind, sowie bei der Berücksichtigung von Änderungen der Bewertungen von Leistungen in dieser Anlage zusammenfassend dokumentiert.

Gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung wurden Änderungen der Anzahl von Versicherten nicht auf der Ebene von Einzelkassen nachvollzogen, sondern auf der Ebene von KV-Bezirken.

Für die Berechnung der Teile B, C und D werden Angaben zum Behandlungsbedarf benötigt. Die hier verwendeten Werte stammen aus der Neuerfassung zum Vorgang 980 des Formblatts 3, die dem Institut am 16.08.2017 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übermittelt wurde.

Gemäß Nr. 1 in Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung beruhen die Ergebnisse aus Teil C im KV-Bezirk Sachsen auf einem angenommenen regionalen Punktwert 2014 von 10,13 Cent, auch wenn in der arztseitigen Lieferung der Satzart Formblatt 3 (Attribut Wert für den Vorgang 083) in einem Quartal ein anderer Wert geliefert wurde.

In Teil C wird die Satzart ARZTRG87aREG zur Berücksichtigung von Änderungen bei der Abgrenzung der MGV im Rahmen der Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs und zur Abgrenzung der MGV bei der Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs verwendet. Die Satzart ARZTRG87aREG liegt für das Jahr 2014 nur in jahresgenauer und nicht in quartalsgenauer Form vor. Die Gebührenordnungspositionen 01212 und 01418, die ab dem vierten Quartal 2014 in den Daten vorhanden sind, wurden im vierten Quartal 2014 der MGV zugeordnet. Es wurden keine weiteren Ergänzungen an der Satzart ARZTRG87aREG vorgenommen, um unterjährige Änderungen der MGV-Abgrenzung im Jahr 2014 zu berücksichtigen. Für das Jahr 2015 dagegen konnte ARZTRG87aREG in quartalsgenauer Form verwendet werden.

Im KV-Bezirk Schleswig-Holstein sind im Jahr 2014 in den vorliegenden Daten der Satzart ARZTRG87aREG große Teile der EBM-Kapitel 3 und 4 nicht als MGV-Leistungen verzeichnet. Es fehlen insbesondere die im vierten Quartal 2013 neu eingeführten Leistungen, während die entsprechenden Vorgängerleistungen als MGV-Leistungen enthalten sind. Daher wurden im KV-Bezirk Schleswig-Holstein alle Gebührenordnungspositionen, die im ersten Quartal 2015 in ARZTRG87aREG verzeichnet sind, auch im Jahr 2014 als MGV-Leistungen betrachtet. Ebenso wurde im Jahr 2014 bei den im vierten Quartal 2013 eingeführten Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung eine Vergütung innerhalb der MGV angenommen. Daher wurde die Satzart ARZTRG87aREG 2014 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen um die Gebührenordnungspositionen 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220 und 27220 ergänzt.

In Nr. 3 der Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung wird der Leistungsbedarf 2014 in der Abgrenzung der MGV 2015 berechnet. Die folgenden Gebührenordnungspositionen, die 2015 zumindest zeitweise nicht mehr als MGV-Leistungen in ARZTRG87aREG verzeichnet sind, wurden dabei dennoch in beiden Jahren als MGV-Leistungen betrachtet, weil sie nicht in die EGV überführt, sondern durch andere Leistungen ersetzt wurden:

- 01211, 0125, 01217, 01219, wegen Anpassungen im Abschnitt 1.2 des EBM (Versorgung im Notfall)
- 11220, 11231, 11232, wegen Anpassungen im Abschnitt 11 des EBM (Humangenetik)
- 03011-03015, 04011-04015, wegen Ersatz durch 03001-03005 und 04001-04005

Diese Gebührenordnungspositionen und die oben erwähnten Gebührenordnungspositionen 01212 und 01418 wurden bei den Berechnungen gemäß Nr. 2, Schritt 1 in Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung nicht als Leistungen betrachtet, die von Änderungen der Abgrenzung der MGV betroffen sind. Ebenso wurden Gebührenordnungspositionen behandelt, die im entsprechenden Quartal des darauffolgenden Jahres 2015 laut Satzart ARZTRG87aKA überhaupt nicht mehr abgerechnet wurden.

Gemäß Nr. 2.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung wurden Bewertungseffekte bei der Berechnung des tatsächlichen Anstiegs durch geeignete Vorfaktoren für den Leistungsbedarf betroffener Gebührenordnungspositionen berücksichtigt.

Aufgrund der Streichung der Vertreterpauschalen 03010/04010 wurden Vorfaktoren für die davon betroffenen Leistungen 03000/04000 und 03040/04040 verwendet. Im Fall der 03000 und analog für die 04000 wurde für jede KV und jedes erforderliche Quartal (2015/2 bis 2015/4)

$$b_{03000} = \frac{n_{03000} + 0,5 \cdot n_{03010}}{n_{03000} + n_{03010}}$$

berechnet, wobei n_{GOP} die Anzahl abgerechneter Gebührenordnungspositionen im Vorjahresquartal ist. Für die 03040 und analog für die 04040 wurde für jede KV und jedes erforderliche Quartal (2015/2 bis 2015/4)

$$b_{03040} = \frac{n_{Standard} + 0,5 \cdot n_{Vertretung}}{n_{Standard} + n_{Vertretung} + n_{Überweisung}}$$

berechnet, wobei die n Fallzählungen im Vorjahresquartal sind. $n_{Standard}$ bezeichnet die Anzahl der Fälle mit 03040 und ohne 03010, $n_{Vertretung}$ die Anzahl der Fälle mit 03040 und 03010 und $n_{Überweisung}$ die Anzahl der Fälle ohne 03040 und mit 03010.

Änderungen an der Chronikerpauschale 03221/04221 führen effektiv zu einer Bewertungsänderung von 150 auf 170 Punkte ab dem dritten Quartal 2014. Die Angleichung der Bewertung an das Vorjahresquartal erfolgte im ersten und zweiten Quartal 2015 durch Multiplikation des Leistungsbedarfs der 03221/04221 mit $150 / 170 = 0,8824$.

Die Bewertung der Gebührenordnungspositionen zum Mammographiescreening wurde im betrachteten Zeitraum 2014 bis 2015 zweimal angepasst. Dieser Bewertungseffekt wurde durch entsprechende Faktoren berücksichtigt.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 zu Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 mit Wirkung zum 19. September 2017

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 a Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87 a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

2. Regelungshintergrund

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V mit Beschluss in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 und in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu einem Verfahren zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschlossen sowie weitere Festlegungen zu den technischen Einzelheiten, zum Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs getroffen. Auf der Grundlage der Vorgaben in diesen Beschlüssen hat das Institut des Bewertungsausschusses dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen gemäß Beschlussteil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung vorgelegt. Mit dem vorliegenden Beschluss gibt der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge nach § 83 SGB V auf der Grundlage der zuvor genannten Beschlüsse Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2015 aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen. Die Empfehlungen umfassen die Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses, die gemäß Teil C Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung zu dokumentierenden Sachverhalte (als Anlage zum Beschluss) sowie die Berechnungsformel zur Feststellung eines einmaligen und nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2016. Dieser soll gemäß der Ankündigung des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung spätestens im Rahmen der nächsten erreichbaren, auf diese Feststellung folgenden Rechnungslegung vergütet werden.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. September 2017 in Kraft.