

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021

zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2022

mit Wirkung zum 4. August 2021

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

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses regelt als Vorbereitung der Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Verfahren, mit dem der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 bestimmt wird.

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 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen erhobene Geburtstagsstichprobe. Dabei wird die Datengrundlage grundsätzlich in der Abgrenzung zugrunde gelegt, wie sie für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2025 basierend auf den Jahren 2021 und 2022 festgelegt wird.

2.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 setzt auf der Grundlage der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf, die der Arbeitsausschuss

des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2023 freigeben soll (voraussichtlich Version z17a).

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 Version des Klassifikationssystems bis zum 30. Juni 2024 frei (voraussichtlich Version z18a). Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 setzt auf der so angepassten zeitgleichen Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses auf.

Das so angepasste Klassifikationssystem wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2021 erhobenen Datengrundlagen mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2021) und Leistungsbedarf (2021) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 unter Verwendung der Diagnosen von 2021 und 2022 zugrunde liegt.

Durch die Kalibrierung 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 2022 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 KV-Bezirk die entsprechende zeitgleiche durchschnittliche Relativgewichtssumme.

Die notwendigen Festlegungen zur Kalibrierung und den nachfolgenden Berechnungen werden in einem gesonderten Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Ziffer 2.4 getroffen.

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 Festlegungen der technischen Einzelheiten aufzunehmen.

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird für jeden KV-Bezirk 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 2021 und 2022 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2021.
2. Der Anstieg aller Risikokategorien ergibt sich aus den zeitgleichen durchschnittlichen Relativgewichtssummen aller Risikokategorien (inklusive der ausgewählten Risikokategorien und der Alters- und Geschlechtskategorien) des Jahres 2021 und 2022 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2021. 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. Der sich so ergebende Prozentwert wird im Folgenden als Schwellenwert bezeichnet. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.
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 2025 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 Schwellenwert, so gilt die Differenz des Prozentwertes aus Nr. 1 und des Schwellenwertes aus 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 2021 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 KV-Bezirk 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 zur Festlegung der technischen Einzelheiten und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegungen der technischen Einzelheiten des zeitgleichen Modells sowie zum 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 2024. Grundlage für den Beschluss zur Festlegung der technischen Einzelheiten ist die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu den Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2021, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen bis zum 20. August 2024 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2024 über die Empfehlung zur Vereinbarung 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 Behandlungsbedarfs auf Basis der Empfehlungen des Bewertungsausschusses in Form eines einmaligen, nicht basiswirksamen Aufschlags auf den vereinbarten Behandlungsbedarf des vierten Quartals 2023 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, den Deutschen Bundestag oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2022 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 2022 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 zu Verrechnungen bzw. zur Vermeidung von Doppelzahlungen

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.

Falls für das Jahr 2022 eine durch das Coronavirus (SARS-CoV-2) verursachte Pandemie gemäß Nr. 3 festgestellt wird und der Bewertungsausschuss dazu Vorgaben für die Kennzeichnung der abrechnungsfähigen Leistungen beschließt, beschließt er ebenfalls ein Verrechnungsverfahren analog zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss stellt – aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie – das in diesem Beschluss regelhafte Verfahren zur Berechnung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen unter Vorbehalt einer Prüfung der zu verwendenden Datenjahre auf ihre Eignung für das Berechnungsverfahren. Ebenfalls zu prüfen ist, welche Auswirkungen die gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2022 einzuführenden verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V sowie von Prüfmaßstäben dazu haben. Gegebenenfalls wird der Bewertungsausschuss eine Alternative zum regelhaften Verfahren bzw. zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen beschließen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2022 mit Wirkung zum 4. August 2021

1. Rechtsgrundlage

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

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses beschließt als Vorbereitung der Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Verfahren, mit dem der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 bestimmt wird.

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 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen erhobene Geburtstagsstichprobe. 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 für das Jahr 2025 basierend auf den Jahren 2021 und 2022 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 zweijährig-prospektiven Modell beruht.

Der Bezug zur Geburtstagsstichprobe sowie die unterschiedliche Abgrenzung der Datengrundlage in Zusammenhang mit der Ermittlung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten führt die bisherige Beschlusslage methodisch fort.

3.2 Diagnosebezogenes Klassifikationssystem

Die Verwendung eines zeitgleichen Modells des Klassifikationssystems entspricht der bisherigen Beschlusslage zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen und wird auch für die Ermittlung für das Jahr 2022 übernommen. Der wesentliche Grund für die Verwendung eines zeitgleichen Modells ist, dass die erwarteten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfe der Versicherten mit ausgewählten Risikokategorien von Akuterkrankungen besser geschätzt werden können, wenn die Bestimmung des Zusammenhangs zwischen Risikokategorien und morbiditätsbedingtem Leistungsbedarf aufgrund von Akuterkrankungen periodengleich erfolgt.

Als Konsequenz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird die zeitgleiche Version des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses bis zum 30. Juni 2023 freigeben soll (voraussichtlich Version z17a), an die im Jahr der Berechnung gültige Version der ICD-10-GM angepasst. Darüber hinaus wird geprüft, welche Änderungen aus der medizinischen Anpassung des in demselben Jahr für die Ermittlung der Veränderungsraten verwendeten prospektiven Klassifikationssystems zu berücksichtigen sind. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gibt die entsprechend angepasste Version des Klassifikationssystems (voraussichtlich Version z18a) bis zum 30. Juni 2024 frei.

Diese vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegebene, zeitgleiche Version des Klassifikationssystems mit hierarchisierten Risikokategorien wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2021 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug (2021) und Leistungsbedarf (2021) kalibriert, und zwar in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend der MGV-Abgrenzung, die der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2025 zugrunde liegt.

Durch die Kalibrierung 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 2022 bilden.

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

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 notwendigen Festlegungen zur Kalibrierung und den nachfolgenden Berechnungen werden in einem gesonderten Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Ziffer 2.4 des Beschlusses getroffen.

3.3 Kennzeichnung und Vergütung

Die Festlegung der folgenden hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems nach Nr. 2.2 des vorliegenden 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 Festlegungen der technischen Einzelheiten 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 2021 und 2022 auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2021. 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. Der sich so ergebende Prozentwert wird als Schwellenwert bezeichnet. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.
3. Im dritten Schritt wird präzisierend festgelegt, dass, wenn der Prozentwert nach Nr. 2, 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 2025 gleich null ist, der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gleich null gesetzt wird.
Übersteigt andernfalls der in Nr. 1 ermittelte Prozentwert den in Nr. 2 ermittelten Schwellenwert so gilt die Differenz des Prozentwertes aus Nr. 1 und des Schwellenwertes aus 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 2021 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 vorliegenden Beschlusses.

Die Festlegung des Schwellenwertes auf fünfzehn Prozent über dem Anstieg aller Risikokategorien 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 einen Wert von mehr als fünfzehn Prozent über dem Anstieg aller Risikokategorien. 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 Festlegungen der technischen Einzelheiten und Verfahren sowie für die Berichtslegung der Ergebnisse der Berechnung

Die Festlegungen 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 2024. Festlegungen im Rahmen der Spezifikation des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025 können so ggf. auch bei der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs berücksichtigt werden. Grundlage für die Festlegungen der technischen Einzelheiten ist die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu den Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2021, die in der zum Zeitpunkt der Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs ggf. angepassten Form und auf aktueller Datengrundlage anzuwenden sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen bis zum 20. August 2024 vor.

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2024 über die Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf der Grundlage der berichteten Ergebnisse für das Jahr 2022 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 2024 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 2023 fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum. Der Bezug auf das 4. Quartal 2023 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 Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zuletzt in seiner 441. Sitzung, sowie in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. 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, den Deutschen Bundestag oder die World Health Organization (WHO)
- Naturkatastrophen oder andere Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2022 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 2022 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 zu Verrechnungen bzw. zur Vermeidung von Doppelzahlungen

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 des Beschlusses durch den Bewertungsausschuss zu beschließen.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ein Verrechnungsverfahren für den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der Corona-Pandemie im Jahr 2021 beschlossen. Falls die Corona-Pandemie auch im Jahr 2022 einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs verursacht, wird ein dazu analoges Verrechnungsverfahren beschlossen

5. Protokollnotiz

Da die Corona-Pandemie starke Auswirkungen auf das Inanspruchnahme-Verhalten der GKV-Versicherten hatte, stellt der Bewertungsausschuss das regelhafte Verfahren zur Berechnung des nichtvorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen unter Vorbehalt einer Prüfung der zu verwendenden Datenjahre (2021 und 2022) auf ihre Eignung für das Berechnungsverfahren. Ein weiterer Grund für die Prüfung sind die zum 1. Januar 2022 gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V einzuführenden Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V.

Insbesondere kann der Umgang mit den Daten der Jahre 2021 und 2022, wie sie für die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten für das Jahr 2025 basierend auf den Jahren 2021 und 2022 festgelegt wird, als Grundlage für die Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen herangezogen werden.

6. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2022 tritt mit Wirkung zum 4. August 2021 in Kraft.