

Teil E

Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V ein Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V.

1. Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses, Teil E für das Jahr 2009

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V nachfolgende Ergänzungsregeln zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2009 nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V. Der Erweiterte Bewertungsausschuss konkretisiert hiermit den Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008.

1.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1.1.1 Diagnosenbezogenes Klassifikationssystem zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1. Die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2009 erfolgt auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss erworbenen und der vom Institut des Bewertungsausschusses für die vertragsärztliche Versorgung angepassten Variante H mit Hierarchisierung des Klassifikationsverfahrens.
2. Die Variante H der Arbeitsversion des Klassifikationsverfahrens wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für das Jahr 2008 erhobenen Datengrundlage mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosenbezug und Behandlungsbedarf kalibriert.

3. Als erforderliche Datengrundlage für das Jahr 2009 beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss hiermit zugleich die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe für das Jahr 2009 auf Basis der entsprechend aktualisierten Datensatzbeschreibung.
4. Durch die Kalibrierung gemäß dem mit dem Institut des Bewertungsausschusses abgestimmten Kalibrierungsalgorithmus resultieren die Behandlungsbedarfsgewichte der Risikoklassen (bzw. deren Relativgewichte) für das zeitgleiche Modell der Variante H mit Hierarchisierung des Klassifikationsverfahrens, wobei die nach der Kalibrierung im Modell enthaltenen Risikogruppen die Risikoklassen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 2 SGB V zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind.

1.1.2 Feststellung und Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

1. Nach Teil E, Nr. 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 können die folgenden HCC-Gruppen des nach Nr. 1.1.1 spezifizierten Klassifikationssystems einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen 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

2. Der bundeseinheitlich (Kassen- und KV-übergreifend) zu ermittelnde nicht vorhersehbare und zusätzlich zu vergütende Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen wird durch das Institut des Bewertungsausschusses folgendermaßen berechnet:

Die durchschnittliche Relativgewichtssumme je Versicherten für diese HCC des Jahres 2008 wird mit der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten des Jahres 2009 auf Basis der Relativgewichte des Jahres

2008 verglichen. Übersteigt der Anstieg der Relativgewichtssumme je Versicherten dieser HCC den Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten insgesamt für alle HCC um mehr als 25 %, so gilt die Differenz der Überschreitungsanteile als nicht vorhersehbarer Anstieg der Morbidität bezogen auf die HCC. Der daraus zu ermittelnde und durch die Partner der Gesamtverträge gemäß Ziffer 4 um den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs nach Nr. 1.2 geminderte Leistungsbedarf auf Basis von Relativgewichten aus dem Jahr 2008 wird insoweit vergütet, als der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf im Jahr 2009 insgesamt überschritten ist.

3. Das Institut des Bewertungsausschusses legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse seiner Berechnungen zum überproportionalen Anstieg der durchschnittlichen Relativgewichtssumme je Versicherten für alle unter Ziffer 1 aufgeführten HCCs bis zum 15. August 2010 vor und stellt auf der Grundlage des in Ziffer 2 beschriebenen Verfahrens den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs fest. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2010 über die Freigabe beschließen. Das Verfahren unter Nr. 1.3 ist zu beachten.
4. Die Partner der Gesamtverträge stellen auf der Grundlage der Berechnungen nach Ziffer 3 und nach Abzug des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs nach Nr. 1.2 entsprechend Ziffer 2 den zusätzlich zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen fest und regeln das Nähere zu dessen zeitnaher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2009 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Das Verfahren unter Nr. 1.3 ist zu beachten.

1.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen

Ärztliche Leistungen, die im Jahr 2009 im Zusammenhang mit der (Ausschluss-) Diagnostik und Behandlung der sog. „neuen Grippe“ bzw. „Schweinegrippe“ entsprechend der hierzu ergangenen Durchführungsempfehlung und Beschlussfassung des Bewertungsausschusses erbracht und gekennzeichnet wurden, gelten ohne weitere Feststellung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs nach Teil E, Ziffer 3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008. Ausgenommen hiervon sind die über Kostenerstattung nach der GOÄ außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen abgerechneten Influenza-Schnelltests im Rahmen der Erstdiagnostik.

1.3 Vermeidung von Doppelzahlungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Regelungen in Nrn. 1.1. und 1.2 zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2009 kommt. Der Bewertungsausschuss stellt außerdem sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen in zukünftigen Jahren kommt, in denen die Diagnosen bzw. der Behandlungsbedarf von 2009 in die Berech-

nungen für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf bzw. den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eingehen. Er beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, hierzu geeignete Verfahren zu entwickeln, die bei der Freigabe-Entscheidung nach Nr. 1.1.2, Ziffer 3 und den Erstattungen nach Nr. 1.1.2, Ziffer 4 zu berücksichtigen sind.

2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes in 2010

2.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt, das in der 7./8. Sitzung beschlossene Verfahren zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für 2009 einschließlich der oben unter Nr. 1.1 beschlossenen Umsetzungen auch für das Jahr 2010 anzuwenden.

Der Bewertungsausschuss wird prüfen, inwieweit die Basis für die Ermittlung des unvorhergesehenen Behandlungsbedarfes aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auf eine mehrjährige Durchschnittsbetrachtung gestellt werden sollte.

2.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aufgrund von Ausnahmeereignissen

2.2.1 Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes 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 Großschadenereignisse, bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde.

2.2.2 Kennzeichnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfes

Ärztliche Leistungen, die für Versicherte aufgrund der unter Nr. 2.2.1 aufgeführten Ereignisse erforderlich werden, sind vom abrechnenden Arzt auf dem Behandlungsausweis gesondert zu kennzeichnen.

2.2.3 Vergütung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs

Die gekennzeichneten Leistungen nach Nr. 2.2.2 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.

2.2.4 Fortbestehen bisheriger Vereinbarungen zur neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza)

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 195. Sitzung vom 13. August 2009 zur neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) einschließlich der dort getroffenen Regelungen zur Finanzierung bleibt unberührt.

2.3 Vermeidung von Doppelzahlungen

Der Bewertungsausschuss und die Partner der Gesamtverträge stellen sicher, dass es aufgrund der Regelungen in Nrn. 2.1. und 2.2 zu keinen Doppelzahlungen für das 2010 kommt. Der Bewertungsausschuss stellt außerdem sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen in zukünftigen Jahren kommt, in denen die Diagnosen bzw. der Behandlungsbedarf von 2010 in die Berechnungen für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf bzw. den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eingehen. Er beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, hierzu geeignete Verfahren zu entwickeln.