

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019

**zur Festlegung der technischen Einzelheiten zur Prüfung des
Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017,
gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382.
Sitzung vom 31. August 2016 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V**

mit Wirkung zum 14. August 2019

Präambel

In seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen, 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 in einem Beschluss zu regeln, wobei die Frist für die Beschlussfassung auf den 31. Juli 2019 gesetzt wurde. Mit Bezugnahme auf Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 430. Sitzung zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016, 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, wird mit dem vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Prüfung durchzuführen, ob für das Jahr 2017 in mindestens einem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen im Sinne von Teil A des genannten Beschlusses vorliegt.

1. Grundsätze des Verfahrens

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung kann eine Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von den in Nr. 1 der Anlage aufgelisteten Akuterkrankungen erfolgen. Die Ausgestaltung des zeitgleichen Klassifikationsmodells setzt auf der letzten freigegebenen Version des zeitgleichen Klassifikationssystems auf, der Version z13a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 444. Sitzung am 4. Juni 2019 freigegeben hat.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2020 verwendeten Daten für das Jahr 2016 mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Leistungsbedarf (jeweils 2016) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2020 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung verwendet wurde, gemäß dem in Nr. 2 der Anlage definierten Kalibrierungsalgorithmus kalibriert. Auf der Grundlage des zeitgleichen Klassifikationsmodells wird das Vorliegen des nicht vorhersehbaren Anstiegs unter Berücksichtigung des Schwellenwertes, gemäß Nr. 2.3 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung, ermittelt.

2. Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 26. April 2019 erhoben wurde.

Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 374. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 51. Sitzung am 29. März 2017 und des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018 erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 26. April 2019 einbezogen.

Ausgehend von den nach den Vorgaben der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 26. April 2019 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der

Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2016 bis 2017 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

Außerdem werden sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben, die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden, von den Berechnungen ausgeschlossen.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt entsprechend den Festlegungen gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell.

2.2.2 Kappung der Versichertentage

Die Zahl der Versichertentage eines Versicherten wird je Quartal aufaddiert und auf die kalendarisch maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt.

2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale

Die Anzahl der Versicherten quartale (AVQ) weist jahresweise aus, wie viele Quartale eine Person versichert war. Ein Quartal wird hierbei gezählt, sobald eine Person in diesem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

Eine Person wird für ein Jahr als versichertenzeitvollständig gekennzeichnet, wenn sie in jedem Quartal dieses Jahres mindestens 45 Tage versichert war. Von dieser Bedingung ausgenommen sind das Quartal des Todes einer Person und ggf. die Folgequartale des Todes.

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 439. Sitzung zum Klassifikationsmodell festgelegt. Hierzu wird jede abgerechnete Gebührenordnungsposition zuerst dem zugehörigen Leistungssegment und dann der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) oder der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Nur der auf die MGV-Segmente entfallende Leistungsbedarf aus 2016 ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich.

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird für die gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen eines Abrechnungsfalls der Wert aus dem Feld 08 der Satzart 210 herangezogen.

Für gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Euro bewertete Leistungen wird der im Feld 08 der Satzart 210 angegebene Wert mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet. Ist die Gebührenordnungsposition gemäß Feld 09 der Satzart 210 weder in Punkten noch in Euro bewertet, so wird der im Feld 11 der Satzart 210 angegebene Wert gemäß Euro-Gebührenordnung herangezogen und mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2016 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale in 2016 gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

Ein Versicherter wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn dieser Versicherte in mindestens einem Quartal eine Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung gemäß Nr. 2.1 aufweist.

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)

Ein Versicherter, der gemäß Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2016 und 2017 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurde, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherte definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2016 und 2017 gemäß Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

2.2.8 Identifikation von Wohnausländern

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 23. Januar 2019) ihren Sitz im gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert "AUSLA", so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

2.3 Abgrenzung der Datengrundlage zur Kalibrierung des zeitgleichen Klassifikationsmodells (Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Klassifikationsmodells)

Die Datengrundlage nach Nr. 2.1 wird zur Kalibrierung des zeitgleichen Klassifikationsmodells wie folgt eingegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden für die Kalibrierungsmenge nur die Versicherten im Diagnose- und Leistungsjahr 2016 ausgewählt, die in 2016 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Kalibrierungsmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2016 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt des Jahres 2016 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2016 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.8 und darüber hinaus im Jahr 2016 gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage nach Nr. 2.1 wird zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs wie folgt abgegrenzt:

1. In den Jahren 2016 und 2017 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie den KV-Bezirken Baden-Württemberg oder Bayern zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.2.6 für sämtliche Quartale der Jahre 2016 und 2017 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffern 1 und 2 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2016 bis 2017 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffern 1 und 2 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2016 bis 2017

Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.8 und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.5 Demografische Hochrechnungsfaktoren

2.5.1 Berechnung der Demografischen Hochrechnungsfaktoren

- Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden zur Ermittlung der Anstiege aller Risikokategorien bzw. der ausgewählten Risikokategorien jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. Zusätzlich erfolgt in allen KV-Bezirken eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern. Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet. Die DHF werden auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in Baden-Württemberg bzw. Bayern, abgegrenzt nach Nr. 2.2.7, gemäß Abschnitt 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, eingeschränkt auf Versicherte gemäß Nr. 2.4 Ziffer 1, 3 und 4 berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische, nach Alters- und Geschlechtsgruppen und nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik der KV.

Versichertenbezogene DHF ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß KM6 sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

2.5.2 Korrekturfaktor der Demografischen Hochrechnungsfaktoren für „nur-§ 73b-Versicherte“

Um die Versicherten, die an einem anderen oder mindestens einem weiteren Vertrag als einem Vertrag gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben oder deren Vertragstyp unbekannt ist (zusammen als „nicht-nur-§ 73b-Versicherte“ bezeichnet), im Rahmen der demografischen Hochrechnung zu berücksichtigen, ist für die „nur-§ 73b-Versicherten“ noch ein Korrekturfaktor für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV und jedes Jahr erforderlich.

Versichertenbezogene Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß KM6 sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden Korrekturfaktoren der DHF des jeweiligen Jahres gemäß Abschnitt 2.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung.

3. Verfahren zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

3.1 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte

Zur Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte wird gemäß Nr. 2 der Anlage auf Basis der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 der Kalibrierungsalgorithmus angewendet. Die abhängige Variable der dabei durchgeführten gewichteten multiplen Regression ist der MGV-Leistungsbedarf 2016 gemäß Nr. 2.2.5, die unabhängigen Variablen sind die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) und die Alters- und Geschlechtsgruppen, ebenfalls des Jahres 2016. Die Gewichtung erfolgt mit den Versichertenquartalen aus 2016 gemäß Nr. 2.2.3.

3.2 Ermittlung der Anstiege für alle Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über alle Risikokategorien einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen (in der Anlage als Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell bezeichnet), werden je KV-Bezirk für die Jahre 2016 und 2017 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2016 wird dabei gemäß Nr. 3.1 der Anlage der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns wird mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 3.3 der Anlage aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 3.1 der Anlage ein gewichtetes Mittel berechnet.

3.3 Ermittlung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über die in Nr. 1 der Anlage aufgelisteten, ausgewählten hierarchisierten Risikokategorien (als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnet) werden je KV-Bezirk für die Jahre 2016 und 2017 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2016 wird dabei gemäß Nr. 3.2 der Anlage der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen. Es wird ein Anstieg für die ausgewählten Risikokategorien zusammen bestimmt.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns wird mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 3.3 der Anlage aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 3.2 der Anlage ein gewichtetes Mittel berechnet.

3.4 Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Wenn der gemäß Nr. 3.2 berechnete Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk größer oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird dieser Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert, um den Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs zu erhalten. Wenn der Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk kleiner als 0,1 Prozent ist, dann wird für die Berechnung des Schwellenwerts dieser Anstieg um 0,015 Prozentpunkte erhöht. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.

3.5 Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen

Übersteigt der Anstieg von 2016 auf 2017 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den Schwellenwert gemäß Nr. 3.4, so liegt in diesem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor.

4. Vorlage der Ergebnisse der Prüfung des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Prüfung gemäß Nr. 3.5 des vorliegenden Beschlusses bis zum 14. August 2019 vorzunehmen und dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 dieses Beschlusses, dass ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in mindestens einem KV-Bezirk vorliegt, dann wird der Bewertungsausschuss in einem weiteren Beschluss auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs für das Jahr 2017 beschließen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 dieses Beschlusses, dass in keinem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorliegt, beschließt der Bewertungsausschuss als Empfehlung zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017, dass für das Jahr 2017 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorliegt.

Anlage:

Anlage Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017

Anlage

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019

Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017

mit Wirkung zum 14. August 2019

1. Ausgewählte Risikokategorien

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung können zusammen 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. Festlegungen zur Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die Berechnung der Anstiege zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs

Die Relativgewichte zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden mit Hilfe einer gewichteten, multiplen

linearen Regression ohne Interzept bestimmt. Die Gewichtung bezieht sich auf die Versichertenzeit, wobei diese nach Quartalen bestimmt wird.

Abhängige Variable des Regressionsmodells ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2016 (Leistungsjahr) gemäß Nr. 2.2.5 jedes Versicherten der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge nach Nr. 2.3. Die unabhängigen Variablen sind die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) des Jahres 2016 des Klassifikationssystems der Version z13a.

Auf Basis des unkalibrierten Regressionsmodells mit allen unabhängigen Variablen ergeben sich vorläufige Relativgewichte und p-Werte. Eventuell auftretende negative oder insignifikante Relativgewichte ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) der hierarchisierten Risikokategorien werden innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

- 1) Bei negativen Relativgewichten von HCCs:
 - a) Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) gleich null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte verwenden); erneute Regression, die sich ergebenden Relativgewichte sind jetzt neue, vorläufige Relativgewichte
 - b) Schritt a wird solange wiederholt, bis alle HCC ein positives Gewicht haben bzw. gleich null gesetzt sind
- 2) Bei insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) von HCCs:
 - a) Die HCC mit dem größten p-Wert gleich null setzen (dazu vorläufige p-Werte verwenden); erneute Regression, die sich ergebenden p-Werte sind jetzt neue, vorläufige p-Werte
 - b) Schritt a wird solange wiederholt, bis alle HCC ein signifikantes Gewicht haben bzw. gleich null gesetzt sind

Dieser Prozess wird solange wiederholt, bis keine HCC mehr negativ bzw. insignifikant ist.

- 3) AGG mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGG mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AGG (nächstältere AGG, falls die jüngste AGG betroffen ist) zusammengefasst und nach jeder Zusammenfassung wird eine erneute Regression durchgeführt sowie auf negative bzw. insignifikante Relativgewichte der AGG geprüft. Der Prozess wird solange wiederholt, bis keine AGG mehr negativ bzw. insignifikant ist.

Ist nach Abschluss von Schritt 3 eine oder mehrere HCCs negativ (bzw. insignifikant), so wird der gesamte Algorithmus ab Schritt 1 erneut durchlaufen.

4) Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGG und HCCs.

Nach der Kalibrierung verbleiben HCCs und AGG mit positiven und signifikanten Relativgewichten im zeitgleichen Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikokategorien des zeitgleichen Klassifikationsmodells bezeichnet.

3. Festlegungen zur Ermittlung der Anstiege

3.1. Berechnung der Anstiege für alle Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV (außer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayerns, s.u.) ein Morbiditätsindex $MI_{alle}^{t,zeitgl}$ bestimmt (aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im Folgenden kein gesonderter Index für die KV geführt). Er ist die durchschnittliche mit den entsprechenden Relativgewichten bewertete und mit dem Produkt aus Versichertenzeit und DHF gewichtete Summe der Prävalenzen aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen. Es ist also

$$MI_{alle}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n^t} \sum_{k \in alle} (RG_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t},$$

mit

$MI_{alle}^{t,zeitgl}$: Morbiditätsindex für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer des Jahres t der KV im zeitgleichen Klassifikationsmodell, wobei *alle* die Menge aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen ist

RG_k^{zeitgl} : Relativgewicht der Risikokategorie k im zeitgleichen Klassifikationsmodell der Menge *alle* gemäß Nr. 2 dieser Anlage

n^t : Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4

$x_{k,i}^{t,zeitgl}$: Ausprägung der Risikokategorie k im zeitgleichen Klassifikationsmodell der Menge *alle* des Versicherten i im Jahr t

AVQ_i^t : Anzahl Versichertenquartale des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.2.3

und

DHF_i^t : Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i im Jahr t gemäß Abschnitt 2.7 des Beschlusses des 439.BA

Um je KV-Bezirk den Anstieg von 2016 auf 2017 über alle Risikokategorien ($Anstieg_{alle}^{2016/2017}$) zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2016 und 2017 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{alle}^{2016/2017} = \frac{MI_{alle}^{2017,zeitgl}}{MI_{alle}^{2016,zeitgl}} - 1.$$

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns werden Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt. Die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit $MI_{alle,NSVTN}^{t,zeitgl}$ bezeichnet) basieren auf allen Diagnosen des Jahres t , die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{alle,SVTN}^{t,zeitgl}$) basieren nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres t , die nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

Es ist:

$$MI_{alle,NSVTN}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} \sum_{k \in alle} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}$$

und

$$MI_{alle,SVTN}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} \sum_{k \in alle} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t}$$

mit

$n_{t,I}$: Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.2.1 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** unterschieden nach den Nicht-Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ($I = NSVTN$) und den Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ($I = SVTN$)

K_i^t : Korrekturfaktor des demografischen Hochrechnungsfaktors des Selektivvertragsteilnehmers i im Jahr t

$alle$: Menge aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen.

Aus den Morbiditätsindizes wird für die entsprechende KV der Anstieg aller Risikokategorien bestimmt:

$$Anstieg_{alle,NSVTN}^{2016/2017} = \frac{MI_{alle,NSVTN}^{2017,zeitgl}}{MI_{alle,NSVTN}^{2016,zeitgl}} - 1.$$

Analog ist

$$Anstieg_{alle,SVTN}^{2016/2017} = \frac{MI_{alle,SVTN}^{2017,zeitgl}}{MI_{alle,SVTN}^{2016,zeitgl}} - 1.$$

Beide Anstiege sind je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 3.3 dieser Anlage zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$Anstieg_{alle}^{2016/2017} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{alle,NSVTN}^{2016/2017} + G_{KV} \cdot Anstieg_{alle,SVTN}^{2016/2017}.$$

3.2. Berechnung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV (außer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern, s. u.) ein Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell $MI_{akut}^{t,zeitgl}$ bestimmt, der nur auf den unter Nr. 1 genannten ausgewählten Risikokategorien, insofern diese positiv und signifikant sind, basiert. Er ist, analog zu $MI_{alle}^{t,zeitgl}$, die durchschnittliche mit den entsprechenden Relativgewichten bewertete und dem Produkt aus Versichertenzeit und DHF gewichtete Summe der Prävalenzen der entsprechenden Risikokategorien. Es ist damit

$$MI_{akut}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n^t} \sum_{k \in akut} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t},$$

mit

$MI_{akut}^{t,zeitgl}$: Morbiditätsindex des Jahres t der KV im zeitgleichen Klassifikationsmodell, wobei $akut$ die Menge der gemäß Nr. 1 dieser Anlage ausgewählten Risikokategorien ist

und den weiteren Bezeichnungen wie unter Nr. 3.1.

Für die Bestimmung der Morbiditätsindizes der unter Nr. 1 dieser Anlage genannten ausgewählten Risikokategorien der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden erneut Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt, wobei die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit $MI_{akut,NSVTN}^{t,zeitgl}$ bezeichnet) auf allen Diagnosen des Jahres t basieren, die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{akut,SVTN}^{t,zeitgl}$) dagegen nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres t , die nicht im

hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

Um den Anstieg über alle ausgewählten Risikokategorien zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2016 und 2017 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{akut}^{2016/2017} = \frac{MI_{akut}^{2017,zeitgl}}{MI_{akut}^{2016,zeitgl}} - 1.$$

Wie bei der Berechnung der Anstiege über alle Risikokategorien wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern der Anstieg für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer separat bestimmt. So wird für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer der Anstieg gemäß

$$Anstieg_{akut,NSVTN}^{2016/2017} = \frac{MI_{akut,NSVTN}^{2017,zeitgl}}{MI_{akut,NSVTN}^{2016,zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV berechnet. Analog für Selektivvertragsteilnehmer

$$Anstieg_{akut,SVTN}^{2016/2017} = \frac{MI_{akut,SVTN}^{2017,zeitgl}}{MI_{akut,SVTN}^{2016,zeitgl}} - 1.$$

Beide Anstiege sind auch hier je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 3.3 zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$Anstieg_{akut}^{2016/2017} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{akut,NSVTN}^{2016/2017} + G_{KV} \cdot Anstieg_{akut,SVTN}^{2016/2017}.$$

3.3. Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2017 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2017, abgegrenzt wie in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk

unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF_i^{2017}) gemäß Nr. 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell bestimmt und mit G_{KV} bezeichnet.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 zur Festlegung der technischen Einzelheiten zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017, gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung vom 31. August 2016 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 14. August 2019

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 einen Beschluss zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2017 gefasst, und mehrere Vorgaben für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs festgelegt. Insbesondere wurde beschlossen, dass die Festlegungen der technischen Einzelheiten für das zeitgleiche Modell der zeitgleichen Version des Klassifikationssystems, die die Grundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2017 bilden, bis zum 31. Juli 2019 in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die entsprechenden Regelungen getroffen.

Mit Bezugnahme auf Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016, 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, wird mit dem vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, zunächst nur die Prüfung durchzuführen, ob für das Jahr 2017 in mindestens einem KV-Bezirk der Schwellenwert, gemäß Teil A Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung, für einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen überschritten wird.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses regelt die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen (im Weiteren als NVA bezeichnet) für das Jahr 2017. Die Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses liefert die formelmäßige Wiedergabe der Festlegungen als konkrete Berechnungsschritte.

Die im vorliegenden Beschluss getroffenen Festlegungen stimmen, bis auf die notwendige Aktualisierung der Datums- und Jahresangaben und Datengrundlagen, mit den Festlegungen in Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung überein. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der Beratungen in der AG Grouperanpassung zwischen den Trägerorganisationen Einvernehmen besteht zunächst die im vorliegenden Beschluss genannte Prüfung des Vorliegens eines NVA durchzuführen. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Prüfung gemäß Nr. 3.5 des vorliegenden Beschlusses bis zum 14. August 2019 vorzunehmen und dem Bewertungsausschuss vorzulegen. Sollte in keinem KV-Bezirk ein NVA gemäß der im vorliegenden Beschluss des Bewertungsausschusses vorgegebenen Prüfungen durch das Institut des Bewertungsausschusses ausgewiesen werden, würden auch die Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs nicht zur Anwendung kommen und damit ein erheblicher Festlegungs- und Abstimmungsbedarf entfallen.

Die Trägerorganisationen sind sich einig, dass die noch ausstehenden Festlegungen noch getroffen werden müssen, falls in mindestens einem KV-Bezirk ein NVA gemäß der im vorliegenden Beschluss vorgegebenen Prüfung durch das Institut des Bewertungsausschusses ausgewiesen wird.

3. Anmerkungen zu aktualisierten Daten, aktuellen Datengrundlagen und weiteren vorgenommenen Änderungen

Neben den Aktualisierungen der Datums- und Jahresangaben gegenüber Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung wurden auch entsprechende Verweise zu Beschlüssen des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses aktualisiert.

Für die Prüfung des Vorliegens eines NVA wird die zuletzt freigegebene Version des zeitgleichen Klassifikationssystems in der Version z13a zugrunde gelegt. Diese Festlegung setzt die Vorgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner

382. Sitzung dahingehend um, dass die aktuelle Version des zeitgleichen Klassifikationssystems aufgrund der zwischenzeitlichen Weiterentwicklung verwendet wird.

Die Datengrundlage und deren Abgrenzungen in Nr. 2 orientieren sich an den Festlegungen zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten und wurden in Anlehnung an den Beschluss des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 angepasst.

In Nr. 2.1 des vorliegenden Beschlusses wird die zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 26. April 2019 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2016 bis 2017 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2016 und 2017. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 23. Januar 2019) verwendet.

Bei der Abgrenzung der Kalibrierungsmenge und der Anwendungsmenge des zeitgleichen Modells in Nr. 2.3 und 2.4 werden Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, die aufgrund des Kassensitzes der zugehörigen Krankenkasse den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Nordrhein zugeordnet werden, ausgeschlossen. Grund für diese Regelung ist die Vergütung dieser Versicherten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den genannten KV-Bezirken. Die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.4 des vorliegenden Beschlusses ist damit identisch mit der Anwendungsmenge zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2020 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung.

Die Festlegungen zu den demografischen Hochrechnungsfaktoren in Nr. 2.5 entsprechen ebenfalls den Festlegungen zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2020 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung.

4. Vorlage der Ergebnisse der Prüfung des Instituts des Bewertungsausschusses

In der Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die Prüfung gemäß Nr. 3.5 bis zum 14. August 2019 vorzunehmen und das Ergebnis dem Bewertungsausschuss vorzulegen, sodass eine Beschlussfassung bis zum 14. August 2019 erfolgen kann.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 dieses Beschlusses, dass ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in mindestens einem KV-Bezirk vorliegt, dann wird der Bewertungsausschuss wie hier unter Nr. 2 ausgeführt in einem weiteren Beschluss die noch ausstehenden Festlegungen der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des NVA sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs für das Jahr 2017 beschließen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 des vorliegenden Beschlusses, dass in keinem KV-Bezirk ein NVA vorliegt, beschließt der Bewertungsausschuss als Empfehlung, dass für das Jahr 2017 ein NVA nicht vorliegt.

5. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses tritt mit Wirkung zum 14. August 2019 in Kraft.