

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

zu Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016

mit Wirkung zum 12. Dezember 2018

Präambel

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

Der Bewertungsausschuss hat in dem Beschluss in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V das Berechnungsverfahren des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 festgelegt. Zudem hat der Bewertungsausschuss in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 Festlegungen zu den technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 sowie zu den 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 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 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 2016.

Dieser Beschluss ersetzt den diesbezüglichen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 427. Sitzung am 18. September 2018.

1. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2016 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 360. Sitzung am 19. August 2015 einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2016 berechnet sich mittels der folgenden Formel:

$$NVA_{2016} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D)$$

Mit dem Ergebnis der Berechnungsformel soll durch die Gesamtvertragspartner ein einmaliger und nicht basiswirksamer Aufschlag auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2017 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 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 berechneten und in der unten stehenden Tabelle 1 für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesenen Größen. Falls in der Tabelle 1 keine Werte für B, C oder D ausgewiesen sind, soll in der Formel jeweils 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 2019 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 3 SGB V.

Die Größe D ist gegebenenfalls gemäß Teil C Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 unter Berücksichtigung der Anlage zu diesem Beschluss von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren.

Tabelle 1: Die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 berechneten und für jeden Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesenen Größen A, B, C und D

KV-Bezirk	A	B	C	D
Schleswig-Holstein	0,0160%	0,0765%	0,0281%	7,0733%
Hamburg	0,3209%	0,1376%	0,0026%	4,5946%
Bremen	0,1965%	0,2406%	0,0366%	12,0269%
Niedersachsen	0,0000%			
Westfalen-Lippe	0,0000%			
Nordrhein	0,0095%	0,0584%	0,0309%	4,0703%
Hessen	0,0162%	0,0444%	0,0273%	0,0000%
Rheinland-Pfalz	0,0000%			
Baden-Württemberg	0,0000%			
Bayern	0,0000%			
Berlin	0,1245%	0,1322%	0,0181%	0,3837%
Saarland	0,0000%			
Mecklenburg-Vorpommern	0,0325%	0,1034%	0,0236%	14,9079%
Brandenburg	0,0571%	0,0789%	0,0180%	2,9585%
Sachsen-Anhalt	0,0000%			
Thüringen	0,0000%			
Sachsen	0,0000%			

2. Empfehlungen zur Feststellung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2016 aufgrund von Ausnahmeereignissen

Der Bewertungsausschuss beschließt mit Bezug auf Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 als Empfehlung zur Vereinbarung des Umfangs, dass für das Jahr 2016 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen vorliegt.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

Dokumentation nicht abbildbarer Sachverhalte gemäß Nr. 4 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung

1. Einleitung

Gemäß Nr. 2.1 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. 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 Aufbereitung der Datengrundlage und der Abgrenzung der Leistungen, die in einem Quartal in einem KV-Bezirk der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zugeordnet sind (Nr. 2 der Anlage), sowie bei der Berücksichtigung von Änderungen der Bewertungen von Leistungen (Nr. 3 der Anlage) in dieser Anlage zusammenfassend dokumentiert.

Gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung wurden Änderungen der Anzahl von Versicherten nicht auf der Ebene von Einzelkassen nachvollzogen, sondern auf der Ebene von KV-Bezirken.

2. Bemerkungen zur Datengrundlage

Für die Berechnung der Teile B, C und D werden Angaben zum Behandlungsbedarf benötigt. Die für Teil C verwendeten Werte für die Jahre 2015 und 2016 stammen aus der Neuerfassung zum Vorgang 980 des Formblatts 3, die dem Institut am 16.08.2017 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übermittelt wurde.

Die für Teil B und D verwendeten Werte für das Jahr 2017 stammen aus dem Attribut Wert für den Vorgang 980 der Datenlieferung zum Formblatt 3. Für den KV-Bezirk Hessen liegt der Behandlungsbedarf nur für das zweite bis vierte Quartal 2017 vor. Der

in Teil B benötigte Behandlungsbedarf für das Jahr 2017 wird daher gemäß Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung für diese KV durch Hochrechnung der Behandlungsbedarfe der vorliegenden drei Quartale aufs Jahr ermittelt.

Gemäß Nr. 1 in Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung beruhen die Ergebnisse aus Teil C im KV-Bezirk Hamburg auf einem angenommenen regionalen Punktwert von 10,4713 Cent für 2015 und 10,6073 Cent für 2016 sowie für den KV-Bezirk Hessen auf einem angenommenen Punktwert von 10,3848 Cent für 2015 und 10,5509 Cent für 2016, 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 der Abgrenzung der MGV im Rahmen der Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs und zur Abgrenzung der MGV bei der Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs verwendet. In jedem Quartal gibt es Gebührenordnungspositionen, die sowohl im Vor- als auch im Nachquartal als MGV-Leistungen verzeichnet sind, was auf Fehler in den Daten hinweist. Daher wurde die Liste der MGV-Leistungen für die KV-Bezirke Westfalen-Lippe und Bayern im ersten Quartal 2016 um diejenigen Gebührenordnungspositionen ergänzt, die sowohl im vierten Quartal 2015 als auch im zweiten Quartal 2016 in der Satzart ARZTRG87aREG verzeichnet sind.

In der Nr. 3 der Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung wird der Leistungsbedarf 2015 in der Abgrenzung der MGV 2016 berechnet. Die folgenden Gebührenordnungspositionen, die 2016 ganz oder 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:

- 11220, 11231, 11232, wegen Anpassungen im Abschnitt 11 des EBM (Humangenetik nach 347. BA)
- 03011-03015, 04011-04015, wegen Ersatz durch 03001-03005 und 04001-04005
- 40240, 40260, wegen Ersatz durch 38100, 38105
- 11310, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322, 11330, 11331, 11332, 11333, 11334, 11354, 11361, 11372, 11391, 11396, 11403, 11404, 11412, 11421, 11422, 11430, 11433, 11434, 11441, 11442, 11443, 11500, 11505, wegen Anpassungen des EBM im Bereich Humangenetik gemäß 372. BA
- 32528, 32529, 32531, 32862, wegen Anpassungen des EBM im Bereich Humangenetik gemäß 376. BA

Diese Gebührenordnungspositionen wurden bei den Berechnungen gemäß Nr. 2, Schritt 1 in Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. 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 2016 laut Satzart ARZTRG87aKA überhaupt nicht mehr abgerechnet werden.

3. Bewertungseffekte

Gemäß Nr. 2.2 in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung wurden Bewertungseffekte bei der Berechnung des tatsächlichen Anstiegs durch geeignete Vorfaktoren für den Leistungsbedarf betroffener Gebührenordnungspositionen berücksichtigt.

Streichung der Vertreterpauschalen in den Abschnitten 3 und 4 des EBM

Aufgrund der Streichung der Vertreterpauschalen 03010/04010 (im Quartal 2016/1 gegenüber dem Quartal 2015/1) 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 für das Quartal 2016/1

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

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.

Anpassungen in Kapitel 11 EBM (Humangenetik) und Abschnitt 19.4 EBM

Ab dem dritten Quartal 2016 werden die Leistungen der Humangenetik des EBM-Kapitels 11 gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 372. und in seiner 376. Sitzung in einer neuen Systematik fortgeführt. Deshalb wurden für jede KV für die Quartale 2016/3 und 2016/4 Vorfaktoren

$$b_q^{HUMA} = \frac{LB_{q-4}^{HUMA}}{LB_q^{HUMA}}$$

berechnet, wobei LB^{HUMA} der Leistungsbedarf der betroffenen Gebührenordnungspositionen (GOPen) gemäß Nr. 6 der Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung ist und q das Quartal bezeichnet.

Die betroffenen GOPen sind die GOPen 11301 bis 11303, 11310 bis 11448, 11500 bis 11513, 11516 bis 11522 des EBM-Kapitels 11, die GOPen 19401 bis 19405, 19430 bis 19439 des EBM-Abschnitts 19.4 sowie die GOPen 32528 und 32529, 32860 bis 32864, 32901 bis 32910 und 32931 bis 32947 des EBM-Kapitels 32.

Durch die Anwendung dieser Vorfaktoren auf alle betroffenen GOPen in den Quartalen 2016/3 und 2016/4 werden die Punktzahländerungen für GOPen aus dem Bereich Humangenetik von 2015/3 nach 2016/3 und von 2015/4 nach 2016/4 nicht berücksichtigt bei der Bestimmung des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs.

Anpassung Anästhesie

Ab dem dritten Quartal 2016 können die Anästhesie-GOPen 05310 (179 Punkte) und 05340 (138 Punkte) nicht mehr im Zusammenhang mit einer Augen-OP nach den GOPen 31840, 31841, 36840 oder 36841 (vor 2016/3: 31830, 31831, 36830 oder 36831) abgerechnet werden. Stattdessen wird ab 2016/3 bei Abrechnung einer der GOPen 31840, 31841, 36840 oder 36841 immer die neue Zuschlags-GOP 05315 (15 Punkte) abgerechnet. Es wurden für jede KV für die Quartale 2016/3 und 2016/4 Vorfaktoren

$$b_{05315} = \frac{n_{05310}}{n_{31830}} \frac{179}{15} + \frac{n_{05340}}{n_{31830}} \frac{138}{15}$$

berechnet, wobei n_{05310} bzw. n_{05340} die Anzahl der Fälle mit der GOP 05310 bzw. 05340 und gleichzeitig einer der GOPen 31830, 31831, 36830 oder 36831 im Vorquartal ist. n_{31830} bezeichnet die Anzahl Fälle mit einer der GOPen 31830, 31831, 36830 oder 36831.

GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung und Koronarangiographie)

Die Bewertung der GOP 34291 wird ab dem Quartal 2016/4 von 3135 Punkten auf 3227 Punkte angehoben. Dementsprechend wird der abgerechnete Leistungsbedarf der GOP 34291 im Quartal 2016/4 mit dem Vorfaktor 3135/3227 multipliziert.

GOP 32097 (Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay: BNP und/oder NT-Pro-BNP)

Die Bewertung der GOP 32097 wird ab dem Quartal 2016/4 von 25 Euro auf 19,40 Euro abgesenkt. Dementsprechend wird der abgerechnete Leistungsbedarf der GOP 32097 im Quartal 2016/4 mit dem Vorfaktor 25/19,4 multipliziert.