

B E S C H L U S S
des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022

**über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2023 zu
verwendende Klassifikationsmodell
gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V
und
zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs
des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines
überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen
nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V
für die Jahre 2020 und 2021
sowie
zum Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-
Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 441. Sitzung
mit Wirkung zum 15. Juni 2022**

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2022 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V festzulegen.

Das Institut des Bewertungsausschusses ermittelt gemäß Teil A für jeden KV-Bezirk jeweils eine demografische sowie eine diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2023.

Der Bewertungsausschuss in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 haben beschlossen, bis zum 31. Juli 2022 bzw. 31. Juli 2023 das Verfahren zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen festzulegen.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. Sitzung stellt außerdem in einer Protokollnotiz das festzulegende Verfahren unter den Vorbehalt einer Prüfung des Datenjahres 2020 auf seine Repräsentativität.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird in Teil B dieser Vorbehalt festgestellt.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020 darüber hinaus beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt, sowie dass in diesem Fall ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen anzuwenden ist.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird in Teil C der Umgang mit Doppelzahlungen im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 geregelt.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

- Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2023 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V
- Teil B: Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Jahre 2020 und 2021
- Teil C: Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung

Anlage: Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2020 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2023 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V

1. Grundlage für die Ausgestaltung des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 SGB V

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2023 setzt auf der Version p16a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 476. Sitzung am 7. Juni 2022 freigegeben hat. Grundlage hierfür ist die im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) in Verbindung mit Teil B Nr. 2 beschlossene Vorgabe, dass der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die jährliche Weiterentwicklung des Klassifikationssystems der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikogruppen freigibt und dass gemäß § 87a Abs. 5 SGB V das geltende Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und weiterentwickelt werden kann. Die Weiterentwicklung setzt dabei auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2022 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der rechnerischen diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 31. März 2022 erhoben wurde. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019 erhobenen

selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 31. März 2022 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 31. März 2022 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2018 bis 2020 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 (Kennzeichen Betreute) 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.

Des Weiteren wird Versicherten mit der Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“ in Feld 05 (Geschlecht) der Satzart 201 die Geschlechtsausprägung „weiblich“ zugewiesen.

Für die weitere Modellausgestaltung wird auf der verwendeten Datengrundlage die Kalibrierungsmenge zur Ermittlung von Relativgewichten für die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.3 sowie von Relativgewichten für die demografischen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.4 festgelegt. Darüber hinaus wird auf der verwendeten Datengrundlage eine Anwendungsmenge zur Ermittlung von Morbiditätsindizes und rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.5 festgelegt. Die Anwendungsmenge zur Ermittlung von Demografieindizes und demografischen Veränderungsdaten wird gemäß Nr. 2.6 festgelegt.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresbezogen für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 (Versicherten-Stammdaten) in der Datengrundlage vorliegt.

Für die Zuordnung wird zunächst allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 (Postleitzahl des Wohnortes) nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 (Gesamtvertragszuständige KV) angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 (Kassensitz-IK) der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 3. Januar 2022) ihren Sitz hat.

Bei der jahresbezogenen Zuordnung einer KV-Nummer zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

1. Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet.
2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 (Anzahl Versichertentage) die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

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 Folge quartale im Kalenderjahr des Todes.

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird für die gemäß Feld 09 (Kennzeichen Wert) der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen eines Abrechnungsfalles der Wert aus dem Feld 08 (Leistungsbedarf der GOP) 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 (LB_EURO_GO) der Satzart 210 angegebene Wert gemäß Euro-Gebührenordnung herangezogen und mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet.

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage dieses Beschlusses 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 2020 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2020 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale des Leistungsjahres gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

Eine Person wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer) identifiziert, wenn diese Person mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Nr. 2.1 in diesem Jahr aufweist.

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer

Ein Versicherter, der gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2019 und 2020 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2019 und 2020 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

2.2.8 Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern

Für die Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern wird für die Versichertenmenge nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4 für jeden KV-Bezirk und jedes Jahr der Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk und Jahr bestimmt. Hierzu werden demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) analog Nr. 2.7 verwendet, wobei die DHF hier für alle KV-Bezirke auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmern sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer berechnet werden. Liegt der Anteil dieser längsschnittlichen SV-Teilnehmer in einem KV-Bezirk für mindestens eines der Jahre 2019, 2020 über dem Schwellenwert von 10 %, so werden für diesen KV-Bezirk gemäß Nr. 4.3 separate Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.

2.2.9 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: 3. Januar 2022) 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.

2.2.10 Jahresbezogenes Alter eines Versicherten

Das Alter eines Versicherten wird für jedes Datenjahr bestimmt als Kalenderjahr des jeweiligen Jahres minus dem Kalenderjahr der Geburt aus den ersten vier Stellen des Feldes 06 (Geburtsjahr und -quartal) der Satzart 201.

2.3 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Relativgewichte wird hinsichtlich der Versicherten der vom Bewertungsausschuss erhobenen Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 wie folgt abgegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2018 und im Leistungsjahr 2020 Versicherten für die Kalibrierungsmenge ausgewählt, die in beiden Jahren gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2018 bis 2020 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 in den Jahren 2018 bis 2020 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 mindestens einem der Jahre 2018 bis 2020 als Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 identifiziert wurden und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

Datengrundlage ist der unter Nr. 2.3 festgelegte Datenkörper, wobei die Versicherten entsprechend der Alters- und Geschlechtsgliederung der KM6-Statistik zu gruppieren sind.

2.5 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsraten wird hinsichtlich der Versicherten der Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 wie folgt abgegrenzt:

1. In den Jahren 2019 und 2020 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 einem in Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.1 für sämtliche Quartale der Jahre 2019 und 2020 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 2019 bis 2020 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 2019 bis 2020 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.6 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2019 und 2020 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland (Wohnausländer) werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 3. Januar 2022) verwendet. Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

DHF werden zur Ermittlung der jeweiligen Veränderungsraten 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 (Kennzeichen WA). 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 den gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken, abgegrenzt nach Nr. 2.5 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, für Nicht-Wohnausländer gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl der jeweiligen KV gemäß der Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15.12.2015 bzw. gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden dabei der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 3. Januar 2022) verwendet.

Die DHF für die Jahre $t = 2019, 2020$ berechnen sich wie folgt:

$$DHF_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{N_{AG,WA}^{t,KV}}{n_{AG,WA}^{t,KV}}$$

wobei

$$N_{AG,WA}^{t,KV} = \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,WA}^{t,KV} \cdot A_{WA}^{t,KV},$$
$$A_{WA}^{t,KV} = \begin{cases} \frac{\text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{AG,WA}^{t,KV}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,WA}^{t,KV}}, & \text{für } WA = \text{Nicht_Wohnausländer} \\ 1, & \text{für } WA = \text{Wohnausländer} \end{cases}$$

und

$$n_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{1}{4} \text{ANZAHL_VERS_QUARTALE}_{AG,WA}^{t,KV}.$$

Falls $n_{AG,WA}^{t,KV} = 0$ ist, dann wird $DHF_{AG,WA}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ werden nach Absatz 1 der Nr. 2.7 bestimmt ($t = 2019, 2020$ und $WA = \text{Wohnausländer}$ bzw. $\text{Nicht_Wohnausländer}$), wobei Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 identifiziert werden.

$Anzahl_Vers_ANZVER^{t,KV}$ berechnet sich als Mittelwert über die vier Quartale des jeweiligen Jahres aus der Summe von Feld 21 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte) und Feld 24 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen) der Satzart ANZVER87a_IK. Versichertenbezogene DHF ($DHF_i^{Jahr,KV}$) ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV- und Wohnausländer-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

2.8 Korrekturfaktor der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“

Um die Versicherten, die an einem anderen 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 $K_{AG}^{Jahr,KV}$ für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV gemäß Nr. 2.2.8 und jedes Jahr $t = 2019, 2020$ erforderlich:

$$K_{AG}^{t,KV} = \frac{n_{AG,nicht_nur_73b}^{t,KV} + n_{AG,nur_73b}^{t,KV}}{n_{AG,nur_73b}^{t,KV}}$$

mit

$n_{AG,i}^{t,KV}$: Anzahl der Versichertenjahre (nach Quartalen gebildet, wie in Nr. 2.7) für das Kollektiv i mit $i = nicht_nur_73b$ bzw. $i = nur_73b$ und $t = 2019, 2020$

Falls $n_{AG,nur_73b}^{t,KV} = 0$ ist, dann wird $K_{AG}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

Versichertenbezogene Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ ($K_i^{t,KV}$) ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden Korrekturfaktoren der DHF des jeweiligen Jahres. Für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer wird der versichertenbezogene Korrekturfaktor der DHF auf eins gesetzt.

3. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten

Die Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten stellt den ersten Schritt für die Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten dar. Im zweiten Schritt erfolgt hiermit die Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems. Im dritten Schritt werden diese Morbiditätsindizes in diagnosebezogene Veränderungsdaten umgerechnet. Die Bestimmung der

Morbiditätsindizes und der daraus berechneten Veränderungsraten erfolgt spezifisch für jeden KV-Bezirk mit den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den KV-spezifischen Abgrenzungen der Anwendungsmenge.

Die Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 und entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in einem zweijährig-prospektiven Modell.

Grundlage ist ein gewichtetes multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2020 jedes Versicherten gemäß Nr. 2.2.5, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge. Die Gewichtung jedes Versicherten im Regressionsmodell findet mit der Anzahl seiner Versicherten quartale im Leistungsjahr statt.

Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells bestimmen sich aus den Risikokategorien des Klassifikationssystems, einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen, nach Anwendung eines Kompressions- und Kalibrierungsalgorithmus gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2.

3.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p16a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Alle genannten Gruppen zusammen werden im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Die Risikokategorie HCC201 (NonCW-CC), die sogenannte Non-Cost-Weight-CC wird dabei nicht in das Modell aufgenommen. Alle weiteren, unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2018 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2020, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable werden zunächst zur Bestimmung der ökonomischen Relevanz der HCCs vorläufige Relativgewichte durch eine gewichtete multiple lineare Regression bestimmt. Die ökonomische Relevanz jeder HCC wird ermittelt als das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Relativgewicht und der Anzahl der Versicherten im Jahre 2018 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend

des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

2. Zusätzlich werden jene HCCs als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, deren vorläufiges Relativgewicht mindestens 1,5 beträgt.
3. Darüber hinaus werden die erklärenden Variablen zusätzlich zu Schritt 1 und Schritt 2 ggf. um weitere HCCs aufgrund ihres maximalen Beitrags zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells ergänzt. Dazu wird ein Regressionsmodell mit den 34 Alters- und Geschlechtsgruppen und einer Anzahl von HCCs gebildet, wobei die Anzahl der in dieses Regressionsmodell aufzunehmenden HCCs auf die gleiche Anzahl beschränkt wird, wie THCCs nach Schritt 1 ausgewählt wurden. Die so ermittelten HCCs werden zusätzlich als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, sofern diese nicht bereits zuvor als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommen worden sind.
4. Die nicht nach Schritt 1 bis 3 ausgewählten HCCs werden entsprechend ihrer jeweiligen organsystembezogenen Zuordnung zusammengefasst und als RHCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen.

THCCs und RHCCs bilden, mit Ausnahme der RHCC024 (Organsystem „Krankheiten und Zustände der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“), zusammen mit den 34 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) die unabhängigen Variablen des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells und werden im Folgenden als komprimierte Risikokategorien bezeichnet.

3.2 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien

Zur Vorbereitung des Kalibrierungsalgorithmus wird das Regressionsmodell mit den komprimierten Risikokategorien und dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, berechnet. Eventuell auftretende negative oder insignifikante ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) Relativgewichte komprimierter Risikokategorien werden innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

1. Bei negativen Relativgewichten von RHCCs:
 - a. Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte aus Nr. 3.1 Schritt 1

verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression

- b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein positives Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

2. Bei insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:

- a. Die HCC mit dem größten p -Wert innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige p -Werte aus Nr. 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression

- b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

Ist mehr als eine RHCC negativ (bzw. insignifikant), wird Schritt 1 (bzw. Schritt 2) zunächst für die RHCC mit dem größten negativen Relativgewicht (bzw. dem größten p -Wert) durchgeführt. Wenn diese RHCC nach Durchlaufen des Algorithmus ein positives Relativgewicht hat (bzw. signifikant ist) oder null gesetzt ist, wird die RHCC mit dem dann größten negativen Relativgewicht (größten p -Wert) gemäß Schritt 1 (bzw. Schritt 2) bearbeitet.

Dieser Prozess wird solange wiederholt, bis keine RHCC mehr negativ (bzw. insignifikant) ist.

3. AGGs mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGGs mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AGG (nächstältere AGG, falls die jüngste AGG betroffen ist) zusammengefasst und nach jedem Ausschluss eine erneute Regression durchgeführt.

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

4. Sollten nach dem Algorithmus gemäß Schritt 1 bis 3 THCCs mit negativen oder insignifikanten Relativgewichten resultieren, sind diese in die ihnen nach organsystembezogener Zuordnung entsprechenden RHCCs einzugliedern und erneut auf negative oder insignifikante verbleibende Risikokategorien zu prüfen und ggf. der Algorithmus ab Schritt 1 erneut anzuwenden.

5. Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGGs, THCCs und RHCCs.

Nach der Kalibrierung verbleiben stets THCCs, RHCCs und AGGs mit positiven und signifikanten Relativgewichten im Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikoklassen des Klassifikationsmodells bezeichnet.

3.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die als Ergebnis der Kalibrierung resultierenden Risikoklassen bilden als unabhängige Variablen mit dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable das abschließende Regressionsmodell. Die auf der Kalibrierungsmenge mit der abschließenden Regression gemäß Nr. 3.2 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige bundeseinheitliche Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten verwendet.

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die diagnosebezogenen Veränderungsraten werden für jeden KV-Bezirk einzeln berechnet und ausgewiesen. Datengrundlage ist die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 in der jeweiligen KV-spezifischen Abgrenzung gemäß Nr. 2.2.1.

Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten sind insbesondere die relativen Risikowerte der Versicherten und die Morbiditätsindizes zu bestimmen.

Die relativen Risikowerte bestimmen sich aus den gewichteten Summen der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2.

Für längsschnittliche SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 werden bei der Ermittlung der Risikoklassen ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen herangezogen. Dies sind alle Diagnosen des fachärztlichen Versorgungsbereichs sowie Diagnosen aus versorgungsbereichsübergreifenden Betriebsstätten, wie z. B. Medizinischen Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen, für die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschalen gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthalten sind.

Die Morbiditätsindizes berechnen sich KV-spezifisch als gewichtete Summe der relativen Risikowerte der Versicherten der Anwendungsmenge, allerdings für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke getrennt für die Versichertenmenge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer und die Versichertenmenge der längsschnittlichen SV-Teilnehmer, um ihre spezifische Morbidität zu berücksichtigen.

Die dort zunächst für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer getrennt durchgeführten Berechnungen werden mit dem im Jahr 2020 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2020 gewichtet zusammengeführt.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Relative Risikowerte

Die Berechnung relativer Risikowerte ($\hat{y}_{i,VB}^{t,KV}$) für jeden Versicherten i der Anwendungsmenge für die Jahre $t = 2019, 2020$ erfolgt mit der Formel

$$\hat{y}_{i,VB}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j x_{i,j,VB}^{t,KV},$$

wobei der Index VB angibt, für welchen Versorgungsbereich (VB) ein relativer Risikowert berechnet wird. Dabei wird unterschieden zwischen $VB = \text{gesamt}$, d. h. alle Diagnosen des entsprechenden Versicherten werden berücksichtigt, und $VB = \text{Nicht-HA}$, d. h. es werden ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen verwendet.

Hierbei sind

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse des Klassifikationsmodells mit $j = 1, \dots, r$ (einschl. Alters- und Geschlechtsgruppen) gemäß Nr. 3.3

$x_{i,j,\text{gesamt}}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV, im Jahr t , mit $VB = \text{gesamt}$

$x_{i,j,\text{Nicht-HA}}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV im Jahr t , wobei die Risikoklassen nur aufgrund der nicht-hausärztlichen Diagnosen sowie des Alters und Geschlechts gebildet werden ($VB = \text{Nicht-HA}$). 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, von der in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM abgerechnet wurde.

KV : Kennzeichnung des KV-Bezirks, dem der Versicherte i im Jahr t entsprechend Nr. 2.2.1 zugeordnet ist

r : Anzahl der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung gemäß Nr. 3.1 und Kalibrierung gemäß Nr. 3.2

4.2 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2020 wird für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2020 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, am

tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4 mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der versichertenbezogenen demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_i^{2020,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN20 \cap KV} LB_Punkte_i^{2020,MGV} \cdot DHF_i^{2020,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2020,MGV} \cdot DHF_i^{2020,KV}}$$

mit

KV : ausgewählter KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 (bzw. Versicherte im Jahr 2020 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, die dem ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden)

G_{KV} : Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer) für den jeweiligen KV-Bezirk

$LB_Punkte_i^{2020,MGV}$: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i in Punkten gemäß Nr. 2.2.5

$SVTN20$: SV-Teilnehmer im Jahr 2020 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6

4.3 Morbiditätsindex

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV-Bezirk und Jahr (und für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke getrennt für die Versichertenmengen längsschnittliche SV-Teilnehmer und längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer) auf der Anwendungsmenge nach Nr. 2.5 erfolgt eine Gewichtung der relativen Risikowerte der Versicherten mit der Zahl der Versicherten quartale im jeweiligen Jahr sowie eine Hochrechnung gemäß der demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7. Zudem werden die längsschnittlichen Selektivvertragsteilnehmer der Anwendungsmenge auf alle Selektivvertragsteilnehmer der Stichprobe mit den Korrekturfaktoren gemäß Nr. 2.8 hochgerechnet.

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2019, 2020$ je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel

$$\bar{y}_{gesamt}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in NichtSVTN} (\hat{y}_{i,gesamt}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in NichtSVTN} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}$$

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$\bar{y}_{Nicht-HA}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN_nur_73b} (\hat{y}_{i,Nicht-HA}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})}{\sum_{i \in SVTN_nur_73b} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})}$$

wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

$NichtSVTN:$	längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge
$SVTN_nur_73b:$	längsschnittliche SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge
$AVQ_i^{t,KV}:$	Anzahl der Versicherten quartale des Versicherten i , bezogen auf das Jahr t , gemäß Nr. 2.2.3
$DHF_i^{t,KV}:$	demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i , bezogen auf das Jahr t , gemäß Nr. 2.7
$K_i^{t,KV}:$	Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des Versicherten i bezogen auf das Jahr t , gemäß Nr. 2.8

4.4 Ermittlung von rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsrate 2019/2020

Die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsrate des Jahres 2019 zum Jahr 2020 erfolgt für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2020,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2019,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2020,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2019,KV}} - 1 \right)$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2020,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2019,KV}} - 1.$$

4.5 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2023

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns, sind die Daten des Jahres 2020 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Um den Einfluss dieser Daten gering zu halten, werden die diagnosebezogenen Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2023 als gewichtetes arithmetisches Mittel der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsrate 2017/2018, 2018/2019 und der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsrate 2019/2020 mit der folgenden Formel bestimmt:

$$VR_{diag,2023}^{KV} = 0,46 \cdot VR_{2017 \rightarrow 2018}^{KV} + 0,43 \cdot VR_{2018 \rightarrow 2019}^{KV} + 0,11 \cdot VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$$

mit

$VR_{2017 \rightarrow 2018}^{KV}$:	Veränderungsraten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung am 11. August 2020
$VR_{2018 \rightarrow 2019}^{KV}$:	Veränderungsraten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 569. Sitzung am 18. August 2021
$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$:	Veränderungsraten gemäß Nr. 4.4

5. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

Die Ermittlung der demografischen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.4.

Auf Basis des Lebensalters in 2018 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2020 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

6. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsraten erfolgt auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 in der dort beschriebenen KV-spezifischen Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 4.5 werden für die Jahre 2019 und 2020 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres im jeweiligen KV-Bezirk geteilt. Es resultieren die Demografieindizes für die Jahre 2019 und 2020. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2020 zum Demografieindex des Jahres 2019 abzüglich 1.

7. Transparenz der durchgeführten Berechnungen

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen nach Abstimmung die folgenden Daten zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten:

1. Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten,
2. demografische Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7,
3. Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ aus Nr. 2.8,
4. eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß der Anlage berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen, jeweils mit Angabe des zugehörigen Leistungssegments,
5. Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2,
6. nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht, sowie nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern gemäß KM6-Statistik gegliederte Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6,
7. Anteile längsschnittlicher SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk in den Jahren 2019 und 2020 gemäß Nr. 2.2.8,
8. rechnerische diagnosebezogene Veränderungsraten 2019/2020 gemäß Nr. 4.4.

Dabei werden Daten, die den KV-Bezirk enthalten, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusätzlich in nach KV-Bezirk aufgeteilter Form bereitgestellt. Darüber hinaus stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die Häufigkeiten der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2 in den beiden Jahren der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 vor und nach Anwendung der Hochrechnungs- und Korrekturfaktoren (DHF sowie K) nach KV-Bezirk getrennt für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer zur Verfügung. Außerdem setzt das Institut des Bewertungsausschusses für die Trägerorganisationen bei den Listen nach Ziffer 1. in den beiden Jahren der Anwendungsmenge nach Nr. 2.5 jahresweise die Anzahl Versichertenquartale und eine Wohnausländer-Kennzeichnung (gemäß der Definition bei der Bestimmung der Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ in Nr. 2.7) hinzu.

8. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Erstellung des Berichts gemäß § 87a Abs. 5a SGB V

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung einen Bericht entsprechend § 87a Abs. 5a SGB V zu erstellen, der zur Erhöhung der Transparenz die Veränderung der Behandlungsdiagnosen sowie deren Einfluss auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung wiedergibt.

9. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Prüfung eines geeigneten Verfahrens zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2024

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, nach Vorliegen der Geburtstagsstichprobendaten des Jahres 2021, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung zu untersuchen, ob und wie das Verfahren nach Nr. 4.5 zur Veränderungsdatenberechnung für 2024 weiterzuentwickeln ist. Im Ergebnis soll die Besonderheit der durch die Corona-Pandemie beeinflussten Datenjahre 2020 und 2021 angemessen berücksichtigt werden. Mögliche Verzerrungen durch die Pandemie sollen gedämpft werden. Insbesondere soll geprüft werden, inwiefern das Verfahren gemäß Nr. 4.5 mit den empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2018/2019, 2019/2020 und den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2020/2021, ggf. mit angepasster Gewichtung, oder die alleinige Verwendung rechnerischer diagnosebezogener Veränderungsdaten 2019/2021, also ein Überspringen des Datenjahres 2020 ohne Anwendung einer Gewichtung, geeigneter erscheint.

Teil B

Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für die Jahre 2020 und 2021

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.

In Vorbereitung der Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 das Verfahren, mit dem der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2020 bzw. das Jahr 2021 bestimmt werden soll, geregelt.

Letztgenannter Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. Sitzung beinhaltet eine Protokollnotiz, die das dort geregelte Verfahren insbesondere unter den Vorbehalt einer Prüfung des Datenjahres 2020 auf seine Repräsentativität stellt.

Wie in Teil A des vorliegenden Beschlusses festgestellt, sind die Daten des Jahres 2020 aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung nur bedingt zur Messung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Dies betrifft auch die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen unter Verwendung des Datenjahres 2020.

Aus diesem Grund beschließt der Bewertungsausschuss, die in den o. g. Beschlüssen geregelten Verfahren zur Bestimmung des Umfangs eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für die Jahre 2020 und 2021 nicht anzuwenden. Für beide Jahre wird empfohlen, keinen nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auszuweisen.

Teil C

Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung

Für den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2020 wird abweichend zu der Ankündigung in Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 441. Sitzung des Bewertungsausschusses am 14. August 2019 kein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2023 angewendet.

Anlage

zum Beschlussteil A des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022

Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2020 in Nr. 2.2.5 des Beschlusstteils A

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
RA	Leistungen ohne LSK	MGV
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2 EBM)	MGV
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)	MGV
2	Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230) sowie bundesweit und regional vereinbarte Leistungen im GOP- Bereich ≥ 80000 (mit Ausnahme der in anderen Segmenten (außer RA) aufgeführten GOP ≥ 80000 sowie mit Ausnahme der GOP 86902 bis 86905 und 88122)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36 (mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373), des Abschnitts 31.5 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6 EBM)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 EBM (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705, 01706 und 01710), Abschnitt 1.7.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746), Abschnitt 1.7.3.2 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.1 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM, Abschnitt 1.7.4 EBM sowie GOP 01730**, 01733** und 32880 bis 32882)	EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750 bis 01758, 40850 und 40852)	EGV
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)	EGV
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)	EGV
9	Strahlentherapie (Kap. 25 (mit Ausnahme der GOP 25228 bis 25230) sowie GOP 40840 und 40841)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570**, 08570X**, 08571**, 08571X**, 08572**, 08572X**, 08573**, 08573X**, 08574**, 08574X**, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11311X**, 11312X**, 11320X**, 11320Z**, 11321X**, 11321Z**, 11322X**, 11322Z**, 11330X**, 11331X**, 11332X**, 11333X**, 11334X**, 11351X, 11352X, 11354X**, 11360X**, 11361X**, 11370X**, 11371X**, 11372X**, 11380X**, 11390X**, 11391X**, 11395X**, 11396X**, 11400X**, 11401X**, 11403X**, 11404X**, 11410X**, 11411X**, 11412X**, 11420X**, 11421X**, 11422X**, 11430X**, 11431X**, 11432X**, 11433X**, 11434X**, 11440X**, 11441X**, 11442X**, 11443X**, 11501X, 11502X, 11503X, 11506X, 11508X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08555X, 08558X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01949 bis 01953 und 01960)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1 EBM mit Ausnahme der GOP 30701 und 30705)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3 EBM)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7 EBM)	MGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM sowie GOP 80502**, 80512**, 80522**, 80532**, 80542 und 80552)	EGV
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150D, 35150P, 35150Q, 35150R, 35150T und 35150V)	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14 EBM)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622)	EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860** und 40862**)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV
NEP	Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594, 13596 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972)	EGV
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOP 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E**, 04011E**, 04012E**, 04013E**, 04014E**, 04015E**, 04110E**, 04111E**, 04112E**, 04120E**, 04121E**, 04122E**, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I**, 04011I**, 04012I**, 04013I**, 04014I**, 04015I**, 04110I**, 04111I**, 04112I**, 04120I**, 04121I**, 04122I**, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L**, 04111L**, 04112L**, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04110M**, 04111M**, 04112M**, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N**, 04011N**, 04012N**, 04013N**, 04014N**, 04015N**, 04110N**, 04111N**, 04112N**, 04120N**, 04121N**, 04122N**, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O**, 04111O**, 04112O**, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P**, 04011P**, 04012P**, 04013P**, 04014P**, 04015P**, 04110P**, 04111P**, 04112P**, 04120P**, 04121P**, 04122P**, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q**, 04111Q** und 04112Q**)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937)	EGV
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie GOP 30960 und 30961)	EGV
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822)	EGV
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)	EGV
KAPS	Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426)	EGV
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373)	EGV
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)	EGV
ZPFG	Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222)	EGV
XOFIGO	Kostenpauschale für Sachkosten im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid (GOP 40582)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
PETCT	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM sowie GOP 40584)	EGV
SOZIOTH	Verordnung der Psychotherapie (GOP 30810 und 30811)	MGV
SGDV	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)	EGV
HUMA	Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11302, 11304, 11449, 11601, 19406, Abschnitt 19.4.2 EBM sowie GOP 19412, 19422 und 19427, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457, 19458 und 19459, GOP 32865 und 32911)	EGV
DELEG	Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207)	EGV
KOOP	Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM)	EGV
HK	Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306)	EGV
MEDPLAN	Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701)	EGV
MEDREHA	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)	MGV
EBRIEF	Elektronischer Arztbrief (GOP 01660, 86900 und 86901)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
TELEKONSIL	Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)	EGV
RTCGM	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360)	EGV
VIDEO	Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01442, 01444, 01450, 01451, 40128 und 40129)	EGV
PSYTHER	Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152)	EGV
LASEREPIL	Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328)	EGV
PALLIAT1	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307)	EGV
CANNABIS	Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626)	EGV
HLA	HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948, 32949 und 32950)	EGV
BOTOX	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08311U, 08312, 08313, 26310T, 26310U, 26311T, 26311U, 26316, 26317 und 40161)	EGV
NFDM	Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642)	EGV
NOSOKOM	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektion (GOP 01650)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
HBO	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218)	EGV
FFR	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301)	EGV
ESWT	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440)	EGV
VERSORGPL	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400)	EGV
LABORSPEZ	Laborleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 32867)	EGV
RIBOFLAVIN	Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681)	EGV
BETREUSPEZ	Beobachtungs- und Betreuungsleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01514, 01516 und 01517)	EGV
HIVPREP	HIV-Präexpositionsprophylaxe (Abschnitt 1.7.8 EBM)	MGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
TSSZUSCHL	Nach Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie Zusatzpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 1 bis 3 und Abs. 2c Satz 3 Nrn. 1 bis 3 i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V bei Terminvermittlung oder Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen durch die Terminservicestelle (GOP 01322, 01323, 01710, 03010 bis 03015, 04010 bis 04015, 05228, 05910 bis 05912, 06228, 06910 bis 06912, 07228, 07910 bis 07912, 08228, 08910 bis 08912, 09228, 09910 bis 09912, 10228, 10910 bis 10912, 11228, 11910 bis 11912, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 13910 bis 13912, 13920 bis 13922, 13930 bis 13932, 13940 bis 13942, 13950 bis 13952, 13960 bis 13962, 13970 bis 13972, 13980 bis 13982, 13990 bis 13992, 14218, 14910, 14911, 15228, 15910 bis 15912, 16228, 16910 bis 16912, 17228, 18228, 18910 bis 18912, 20228, 20910 bis 20912, 21236, 21237, 21910 bis 21912, 21920 bis 21922, 22228, 22910 bis 22912, 23228, 23229, 23910 bis 23912, 24228, 24910 bis 24912, 25228 bis 25230, 26228, 26910 bis 26912, 27228, 27910 bis 27912, 30705)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
HAZUSCHL	Zuschläge auf Versichertenpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 4 i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (GOP 03008 und 04008)	EGV
HIVLABOR	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850)	MGV
OCT	Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339)	EGV
HUMA2	Humangenetische Beurteilung und Beratung (GOP 01841,11230,11233 bis 11236)	MGV
BIOMARKER	Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19501 und 19502)	EGV
LIPOSUKT	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III (GOP 40165)	EGV
COVID19	Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 02402, 12221**, 32779, 32811**, 32816 und 40101**)	EGV
ZM3	Zweitmeinungsverfahren einschließlich Einleitung - Eingriff: Arthroskopische Eingriffe an der Schulter (GOP 01645C)	MGV
PNEUMOSPEZ	Pneumologische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 04538, 13678, 40167)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
ENDOSKOPIE	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffices, abgerechnet werden (GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M)	EGV
VAKUUM	Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903)	EGV
TELEKONS2	Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672)	EGV
TTF	Einsatz von Tumortheraiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM)	EGV

*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) können ein beliebiges Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A, 12, PROB, KNEP, ZM3 und ENDOSKOPIE, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist. Dies gilt ebenso nicht für die GOP 08311, 26310 und 26311 des Leistungssegments BOTOX.

**) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen; Nachtragsfälle sind möglich.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil A über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2023 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2022 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Hierzu ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden, das in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und fortentwickelt werden kann. Außerdem ist die Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V zu aktualisieren. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung gemacht und angekündigt, bis zum 30. Juni 2022 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2023 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung, festzulegen.

Der vorliegende Beschlussteil A trifft die Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2023. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2023 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird in Nr. 1 des vorliegenden Beschlussteils A die Verwendung der aktuellen Version des Klassifikationssystems geregelt, das die Zuordnung von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien beinhaltet. Es wird das Klassifikationssystem in der Version p16a verwendet, die in der 476. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 7. Juni 2022 freigegeben wurde. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die Version der ICD-10-GM des Jahres 2022. Im Rahmen der Anpassung erfolgte außerdem eine Überarbeitung der Diagnosezuordnungen und der Hierarchien in der ACC012 „Sonstige psychische Krankheiten“ sowie eine Än-

derung der ACC-Zuordnung bei Ösophagusvarizen. Weiterhin wurde das Klassifikationssystem vorläufig an die COVID-19-bedingten Änderungen der ICD-10-GM angepasst. Unter anderem werden die Sekundärkodes U07.1! und U07.2! sowie U09.9! bzw. U07.4! vorläufig in die „(H)CC201 NonCW-(H)CC“ übergeleitet. Diese Zuordnungen werden für das nachfolgende Klassifikationssystem überprüft.

In Nr. 2 des vorliegenden Beschlussteils A wird die zur Bestimmung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 31. März 2022 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2018 bis 2020 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2019 und 2020. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 3. Januar 2022) verwendet.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlussteils A enthaltene Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2020 in Nr. 2.2.5 des vorliegenden Beschlussteils A wurde unter Berücksichtigung der dafür relevanten Beschlüsse des Bewertungsausschusses aktualisiert. Analog zum Umgang mit Leistungen, die im Zusammenhang mit einer TSVG-Konstellation erbracht wurden, werden Leistungen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung erbracht und dementsprechend gekennzeichnet wurden, bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 des Beschlusses der MGV zugeordnet. Diese Festlegungen stellen kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell der nächsten Jahre dar.

Die unter Nr. 2.2.8 beschriebene Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern wurde in Umsetzung eines Auftrags aus der 430. Sitzung des Bewertungsausschusses am 12. Dezember 2018, Teil A Nr. 8, auf ein regelbasiertes Verfahren umgestellt: Sind in mindestens einem Jahr der Anwendungsmenge (hier: 2019, 2020) in einem KV-Bezirk mehr als 10 % der hochgerechneten Versicherten längsschnittliche SV-Teilnehmer, so werden für diesen KV-Bezirk die SV-Teilnehmer in der Ratenberechnung gesondert berücksichtigt. Der Schwellenwert wurde so gewählt, dass durch die Umstellung die historische Konsistenz gewährleistet ist.

Unter Nr. 4.5 wird eine zum Vorjahr abweichende Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2023 geregelt. Hintergrund ist die SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und die damit verbundenen Maßnahmen der Bundesregierung sowie der Länder zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns. Diese Maßnahmen hatten einen starken Einfluss auf die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen. Das Institut des Bewertungsausschusses hat im Auftrag der AG Grouperanpassung hierzu Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Datenjahr 2020 erheblich von den Vorjahren abweicht. Der Anteil von gesetzlich Versicherten, die in 2020 gar keine ambulante Behandlung in Anspruch genommen haben, ist wesentlich höher als in Vorjahren. Insgesamt zeigt sich in 2020 eine niedrigere Inanspruchnahme als in Vorjahren. So wurde deutlich weniger MGV-Leistungsbedarf abgerechnet und deutlich weniger

Morbidität in Form von Behandlungsdiagnosen dokumentiert. Aufgrund dessen sind die Daten des Jahres 2020 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2023 verwendbar.

Um den Einfluss des Datenjahres 2020 gering zu halten, werden in Nr. 4.5 des vorliegenden Beschlussteils A die diagnosebezogenen Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2023 als gewichtetes arithmetisches Mittel der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2017/2018, 2018/2019 und der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 gemäß Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlussteils A bestimmt.

Mit der Einbeziehung von insgesamt drei Veränderungsdaten konnte sichergestellt werden, dass der Mittelwert auf ausreichend Werten basiert, um den Einfluss des Datenjahres 2020 zu begrenzen. Veränderungsdaten aus weiter zurückliegenden Jahren wurden nicht herangezogen, da die Messung der Morbiditätsstrukturveränderung nicht vorrangig auf historischen Daten geschehen sollte.

Die Gewichtungsfaktoren sind so gewählt, dass die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 etwa ein Viertel des Einflusses haben, den die empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2017/2018 und 2018/2019 jeweils besitzen.

In Nr. 7 werden die Daten aufgezählt, auf deren Grundlage die Transparenz der durchgeführten Berechnungen hergestellt wird. Die Daten werden um den Anteil der längsschnittlichen SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk ergänzt. Diese Daten dienen der Transparenz hinsichtlich der ausgewählten KV-Bezirke, die mit dem vorliegenden Beschlussteil A im Vergleich zu den Vorjahren nicht normativ, sondern auf Grundlage eines Schwellenwerts festgelegt werden. Ergänzend stellt das Institut des Bewertungsausschusses die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 für das Jahr 2023 je KV-Bezirk zur Verfügung.

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns, sind die Daten des Jahres 2020 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Dies betrifft absehbar auch die im nächsten Jahr anstehenden Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2024 auf der Grundlage der Veränderungen zwischen den Jahren 2020 und 2021. Daher wird das Institut des Bewertungsausschusses in Nr. 9 des Beschlussteils A beauftragt, nach Vorliegen der Geburtstagsstichprobendaten des Jahres 2021, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung zu untersuchen, ob und wie das Verfahren nach Nr. 4.5 zur Veränderungsdatenberechnung für 2024 weiterzuentwickeln ist. Im Ergebnis soll die Besonderheit der durch die Corona-Pandemie beeinflussten Datenjahre 2020 und 2021 angemessen berücksichtigt werden. Mögliche Verzerrungen durch die Pandemie sollen gedämpft werden. Insbesondere soll geprüft werden, inwiefern das Verfahren gemäß Nr. 4.5 mit den empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2018/2019, 2019/2020 und den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2020/2021,

ggf. mit angepasster Gewichtung, oder die alleinige Verwendung rechnerischer diagnosebezogener Veränderungsdaten 2019/2021, also ein Überspringen des Datenjahres 2020 ohne Anwendung einer Gewichtung, geeigneter erscheint.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil B zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für die Jahre 2020 und 2021 mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 haben Beschlüsse zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2020 bzw. 2021 gefasst und mehrere Vorgaben für die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die entsprechenden Jahre 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 aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2020 bilden, bis zum 31. Juli 2022 in einem weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses zu regeln sind.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 68. Sitzung regelt außerdem in einer Protokollnotiz, das dort festgelegte Verfahren zur Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Akuterkrankungen unter den Vorbehalt einer Prüfung des Datenjahres 2020 auf seine Repräsentativität zu stellen.

Mit dem vorliegenden Beschlussteil B wird dieser Vorbehalt festgestellt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Bewertungsausschuss beschließt, die in den o. g. Beschlüssen geregelten Verfahren zur Bestimmung des Umfangs eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für die Jahre 2020 und 2021 nicht anzuwenden. Für beide Jahre wird empfohlen, keinen nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auszuweisen.

Hintergrund dieser Festlegung und Empfehlung ist die in Teil A des vorliegenden Beschlusses getroffene Feststellung, dass die Daten des Jahres 2020 aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar sind. Dies betrifft auch die Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen unter Verwendung des Datenjahres 2020.

Bezüglich eines möglicherweise mit dem bisher regelhaft verwendeten Verfahren rechnerisch bestimmbar nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2021 ist anzumerken, dass die Akuterkrankungen im Datenjahr 2020 stark von dem pandemiebedingten Fallzahlrückgang betroffen waren. Für eine Bestimmung des entsprechenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wäre also das Ausgangsniveau in 2020 pandemiebedingt relativ niedrig. Das Folgejahr 2021 war auch von der Pandemie betroffen, wobei das vermutete geringere Ausmaß wegen der noch nicht verfügbaren Datengrundlage bisher nicht datenbasiert bestätigt werden konnte. Würde rechnerisch ein nicht vorhersehbarer Anstieg von Akuterkrankungen von 2020 auf 2021 festgestellt werden, wäre dies vermutlich hauptsächlich darin begründet, dass, verglichen mit dem Jahr 2019, dem starken Rückgang der Akuterkrankungen 2020 ein weniger starker Rückgang in 2021 gegenübersteht.

Mit der Festlegung, für 2020 und für 2021 keinen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auszuweisen, werden die genannten Auswirkungen der pandemiebedingten Verzerrungen vermieden.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlusstil B tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 Teil C zum Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung mit Wirkung zum 15. Juni 2022

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020 darüber hinaus beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt. Die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der zuletzt durch den Beschluss aus der 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) konkretisiert wurde, geregelt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschlussteil C regelt den Umgang mit Doppelzahlungen im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in 2020 und der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2023 gemäß Nr. 4.5 des vorliegenden Beschlusstells A. Da der Einfluss der in 2020 kodierten Diagnosen und des in 2020 abgerechneten MGV-Leistungsbedarfs auf die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2023 durch die niedrige Gewichtung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 sehr gering ist, kann auf ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen entsprechend der Ankündigung in Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 verzichtet werden.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 15. Juni 2022 in Kraft.