

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 378. Sitzung am 10. August 2016**

**zur Festlegung der technischen Einzelheiten zur Prüfung des
Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014,
gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 312.
Sitzung vom 14. August 2013 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V**

mit Wirkung zum 10. August 2016

Präambel

In seiner 312. Sitzung am 14. August 2013 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, das Nähere zur Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen in einem Beschluss zu regeln, wobei die Frist für die diesbezügliche Beschlussfassung in der 360. Sitzung des Bewertungsausschusses am 19. August 2015 auf den 31. Juli 2016 verlängert wurde. Gemäß Nr. 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 312. Sitzung sind darüber hinaus das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und das Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs zu beachten.

Mit Bezugnahme auf Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 360. Sitzung wird mit dem vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Prüfung durchzuführen, ob für das Jahr 2014 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 312. Sitzung kann eine Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von den in Nr. 1 der Anlage 1 aufgelisteten Akuterkrankungen erfolgen. Die Ausgestaltung des zeitgleichen Klassifikationsmodells setzt auf der letzten freigegebenen Version des zeitgleichen Klassifikationssystems auf, der Version z09a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 406. Sitzung am 11. November 2015 freigegeben hat.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2017 verwendeten Daten für das Jahr 2013 mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Leistungsbedarf (jeweils 2013) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung verwendet wurde, gemäß dem in Nr. 3 der Anlage 1 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 312. 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 den Beschlüssen aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie aus der 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 15. März 2016 erhoben wurde.

Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 15. März 2016 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 15. März 2016 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2012 bis 2014 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beschluss der Begriff Versicherter auch für Personen mit Kostenübernahme nach § 264 Absatz 1 SGB V gemäß Eintrag in der Satzart 201 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 aus Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung.

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 Versichertenquartale

Die Anzahl der Versichertenquartale (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 332. 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 2013 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 direkt der Wert aus dem Feld 08 der Satzart 210 herangezogen. Vor dem Hintergrund der Umstellung des Orientierungswertes im vierten Quartal des Jahres 2013 erfolgt ausschließlich für dieses Quartal eine Prüfung, ob der Quotient aus dem Wert in Feld 11 der Satzart 210 und dem Wert in Feld 08 der Satzart 210 größer als 0,8 (entsprechend 8 Cent) ist. Ist dies der Fall, so wird der Wert in Feld 08 vor der weiteren Verwendung in der Berechnung mit dem Faktor $1/0,35363$ multipliziert.

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 und, ausschließlich im vierten Quartal des Jahres 2013, zusätzlich mit dem Faktor $1/0,35363$ multipliziert. 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, mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet und, wiederum ausschließlich im vierten Quartal des Jahres 2013, zusätzlich mit dem Faktor $1/0,35363$ multipliziert.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2013 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versichertenquartale in 2013 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 in der Satzart 201 aufweist.

2.2.7. Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)

Ein Versicherter, der gemäß Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2013 und 2014 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 2013 und 2014 gemäß Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

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 2013 ausgewählt, die in 2013 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Kalibrierungsmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2013 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

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. Es werden nur die Versicherten mit Versichertenzeit in den Jahren 2013 und/oder 2014 ausgewählt. Dabei werden jedoch jahresspezifisch Versicherte nicht ausgewählt, die im jeweiligen Jahr nicht gestorben sind und weniger als 120 Tage Versichertenzeit aufweisen und für die in keinem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. In die Anwendungsmenge werden folgende Versicherten aufgenommen
 - a. längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7
 - b. längsschnittliche SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns, die für sämtliche Quartale der Jahre 2013 und 2014 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifiziert wurden. Diese Versicherten werden im Folgenden als „nur-§ 73b-Versicherte“ bezeichnet.

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) in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde, definiert. 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 Nr. 2.1 der Anlage 1 dieses Beschlusses, eingeschränkt auf Versicherte gemäß Nr. 2.4 Ziffer 1, berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische und nach Alters- und Geschlechtsgruppen untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVER87a der jeweiligen KV 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 Nr. 2.2 der Anlage 1 dieses Beschlusses.

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. 3 der Anlage 1 auf Basis der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 der Kalibrierungsalgorithmus angewendet. Die abhängige Variable der dabei durchgeführten gewichteten multiplen Regression ist der MGV-Leistungsbedarf 2013 gemäß Nr. 2.2.5, die unabhängigen Variablen sind die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) und die Alters- und Geschlechtsgruppen, ebenfalls des Jahres 2013. Die Gewichtung erfolgt mit den Versichertenquartalen aus 2013 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 1 als Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell bezeichnet), werden je KV-Bezirk für die Jahre 2013 und 2014 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2013 wird dabei gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns wird mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.3 der Anlage 1 aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 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 1 aufgelisteten, ausgewählten hierarchisierten Risikokategorien (als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnet) werden je KV-Bezirk für die Jahre 2013 und 2014 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2013 wird dabei gemäß Nr. 4.2 der Anlage 1 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. 4.3 der Anlage 1 aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 ein gewichtetes Mittel berechnet.

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

Übersteigt der Anstieg von 2013 auf 2014 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2013 auf 2014 aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen in diesem KV-Bezirk, 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. 3.4 des vorliegenden Beschlusses bis zum 20. August 2016 vorzunehmen und dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.4 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 360. Sitzung am 19. August 2015 zu den Festlegungen der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zu dem Verfahren 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 2014 beschließen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.4 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 2014, dass für das Jahr 2014 ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht vorliegt.

Anlage:

- Anlage 1 Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014

Anlage 1

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016

Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2014

mit Wirkung zum 10. August 2016

1. Ausgewählte Risikokategorien

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 312. 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. Demografische Hochrechnung

2.1. Berechnung der Demografischen Hochrechnungsfaktoren

Die Demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Versicherte, die nur an einem Vertrag nach § 73b SGB V teilgenommen haben (sog. „nur-§ 73b-Versicherte“) sind für beide

Kollektive je Alters- und Geschlechtsgruppe, Kassenärztlicher Vereinigung und Jahr identisch. Sie berechnen sich wie folgt:

$$DHF_{AG,KV,Jahr} = \frac{N_{AG,KV,Jahr}}{n_{AG,KV,Jahr}},$$

wobei

$$N_{AG,KV,Jahr} = Anzahl_Vers_KM6_{AG,KV,Jahr} \cdot \frac{Anzahl_Vers_ANZVER_{KV,Jahr}}{\sum_{AG} Anzahl_Vers_KM6_{AG,KV,Jahr}}$$

und

$$n_{AG,KV,Jahr} = \frac{1}{4} ANZAHL_VERS_QUARTALE_{AG,KV,Jahr}.$$

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Jahr}$ werden nach Nr. 2.5.1 bestimmt.

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

Die Korrekturfaktoren der DHF für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns berechnen sich wie folgt:

$$K_{AG,KV,Jahr} = \frac{n_{nicht_nur_73b_SVTN,AG,KV,Jahr} + n_{nur_73b_SVTN,AG,KV,Jahr}}{n_{nur_73b_SVTN,AG,KV,Jahr}}$$

mit

$n_{I,AG,KV,Jahr}$: Anzahl der Versichertenjahre (nach Quartalen gebildet, wie in Nr. 2.2.3) für das Kollektiv I mit $I = nur_73b_SVTN$ ("nur-§ 73b-Versicherte" gemäß Nr. 2.4 Ziffer 2.b) bzw. $I = nicht_nur_73b_SVTN$ (SVTN außer 'nur-§ 73b-Versicherte') und $Jahr = 2013, 2014$

Falls $n_{nur_73b_SVTN,AG,KV,Jahr} = 0$, dann wird $K_{AG,KV,Jahr}$ auf null gesetzt.

3. 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 2013 (Leistungsjahr) gemäß Nr. 2.2.5 jedes Versicherten der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale 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 2013 des Klassifikationssystems der Version z09a.

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 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:
 - c) 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
 - d) 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.

4. Festlegungen zur Ermittlung der Anstiege

4.1. Berechnung der Anstiege für alle Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV ein Morbiditätsindex $MI_{t,K}^{zeitgl}$ 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

$$MI_{t,alle}^{zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_t} \sum_{k \in alle} (RG_k^{zeitgl} \cdot RK_{k,i,t}^{zeitgl} \cdot AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t})}{\sum_{i=1}^{n_t} AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t}}$$

mit

$MI_{t,alle}^{zeitgl}$: Morbiditätsindex 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. 3 dieser Anlage

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

$RK_{k,i,t}^{zeitgl}$: 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 Nr. 2.1 dieser Anlage

Um je KV-Bezirk den Anstieg von 2013 auf 2014 über alle Risikokategorien ($Anstieg_{2013/2014}^{alle}$) zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2013 und 2014 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{2013/2014}^{alle} = \frac{MI_{2014,alle}^{zeitgl}}{MI_{2013,alle}^{zeitgl}} - 1.$$

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 $MI_{t,NSVTN}$) basieren auf allen Diagnosen des Jahres t , die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{t,SVTN}$) 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 (Satzart 211 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 05 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses sowie des Beschlusses aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses) „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:

$$MI_{t,alle,NSVTN}^{zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{t,NSVTN}} \sum_{k \in alle} (RG_k^{zeitgl} \cdot RK_{k,i,t}^{zeitgl} \cdot AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t})}{\sum_{i=1}^{n_{t,NSVTN}} AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t}}$$

und

$$MI_{t,alle,SVTN}^{zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{t,SVTN}} \sum_{k \in alle} (RG_k^{zeitgl} \cdot RK_{k,i,t} \cdot AVQ_{i,t} \cdot K_{i,t} \cdot DHF_{i,t})}{\sum_{i=1}^{n_{t,SVTN}} AVQ_{i,t} \cdot K_{i,t} \cdot DHF_{i,t}}$$

mit

$n_{t,I}$: Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 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 Jahres t

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

Aus den Morbiditätsindizes werden die Anstiege aller Risikokategorien bestimmt:

$$Anstieg_{2013/2014}^{alle,NSVTN} = \frac{MI_{2014,alle,NSVTN}^{zeitgl}}{MI_{2013,alle,NSVTN}^{zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV. Analog ist

$$Anstieg_{2013/2014}^{alle,SVTN} = \frac{MI_{2014,alle,SVTN}^{zeitgl}}{MI_{2013,alle,SVTN}^{zeitgl}} - 1$$

Beide Anstiege sind je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 4.3 dieser Anlage zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$Anstieg_{2013/2014}^{alle} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{2013/2014}^{alle,NSVTN} + G_{KV} \cdot Anstieg_{2013/2014}^{alle,SVTN}$$

4.2. Berechnung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV ein Morbiditätsindex bestimmt, der nur auf den unter Nr. 1 dieser Anlage genannten ausgewählten Risikokategorien, insofern diese positiv und signifikant sind, basiert. Er ist, analog zu $MI_{t,alle}$, die durchschnittliche mit den entsprechenden Relativgewichten bewertete und dem Produkt aus Versichertenzeit und DHF gewichtete Summe der Prävalenzen der entsprechenden Risikokategorien. Es ist damit

$$MI_{t,akut}^{zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_t} \sum_{k \in akut} (RG_k^{zeitgl} \cdot RK_{k,i,t}^{zeitgl} \cdot AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t})}{\sum_{i=1}^{n_t} AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t}}$$

mit

$MI_{t,akut}^{zeitgl}$: 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. 4.1 dieser Anlage.

Für die Bestimmung der Morbiditätsindizes der unter Nr. 1 dieser Anlage genannten ausgewählten Risikokategorien der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns werden erneut Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt, wobei die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit $MI_{t,akut,NSVTN}$ bezeichnet) auf allen Diagnosen des Jahres t basieren, die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{t,akut,SVTN}$) 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 (Satzart 211 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 05 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses sowie des Beschlusses aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses) „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 2013 und 2014 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{2013/2014}^{akut} = \frac{MI_{2014,akut}^{zeitgl}}{MI_{2013,akut}^{zeitgl}} - 1.$$

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

$$Anstieg_{2013/2014}^{akut,NSVTN} = \frac{MI_{2014,akut,NSVTN}^{zeitgl}}{MI_{2013,akut,NSVTN}^{zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV berechnet. Analog für Selektivvertragsteilnehmer

$$Anstieg_{2013/2014}^{akut,SVTN} = \frac{MI_{2014,akut,SVTN}^{zeitgl}}{MI_{2013,akut,SVTN}^{zeitgl}} - 1.$$

Beide Anstiege sind auch hier je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 4.3 dieser Anlage zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$Anstieg_{2013/2014}^{akut} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{2013/2014}^{akut,NSVTN} + G_{KV} \cdot Anstieg_{2013/2014}^{akut,SVTN}.$$

4.3. Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2014 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2014, abgegrenzt wie in der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_{i,2014}$) aus Nr. 2.1 dieser Anlage bestimmt und mit G_{KV} bezeichnet.