

## **B E S C H L U S S**

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in  
seiner 567. Sitzung am 4. August 2021**

**zur Festlegung der technischen Einzelheiten zur Prüfung des  
Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des  
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2019  
gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 425.  
Sitzung vom 21. August 2018 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V**

**mit Wirkung zum 4. August 2021**

---

### **Präambel**

In seiner 425. Sitzung am 21. August 2018 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs in einem Beschluss zu regeln, wobei die Frist für die Beschlussfassung auf den 31. Juli 2021 gesetzt wurde. Mit Bezugnahme auf Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs, wird mit dem vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Prüfung durchzuführen, ob für das Jahr 2019 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 425. Sitzung kann eine Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von den in Nr. 1 der Anlage aufgelisteten Akuterkrankungen erfolgen. Die Ausgestaltung des zeitgleichen Klassifikationsmodells setzt auf der letzten freigegebenen Version des zeitgleichen Klassifikationssystems auf, der Version z15a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 465. Sitzung am 1. Juni 2021 freigegeben hat.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2022 verwendeten Daten für das Jahr 2018 mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Leistungsbedarf (jeweils 2018) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2022 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 verwendet wurde, gemäß dem in Nr. 2 der Anlage definierten Kalibrierungsalgorithmus kalibriert. Auf der Grundlage des zeitgleichen Klassifikationsmodells wird das Vorliegen des nicht vorhersehbaren Anstiegs unter Berücksichtigung des Schwellenwertes, gemäß Nr. 2.3 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 425. 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 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 1. April 2021 erhoben wurde.

Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018 und in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019 erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 1. April 2021 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 1. April 2021 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2018 bis 2019 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der

Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

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

Des Weiteren wird Versicherten mit der Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“ in Feld 5 der Satzart 201 die Geschlechtsausprägung „weiblich“ zugewiesen.

## **2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale**

### **2.2.1 KV-Abgrenzung**

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt entsprechend den Festlegungen gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2022 zu verwendende Klassifikationsmodell.

### **2.2.2 Kappung der Versichertentage**

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

### **2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale**

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

### **2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit**

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

### **2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs**

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. 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 2018 ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich.

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

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

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2018 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versichertenquartale in 2018 gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

#### **2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern**

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

#### **2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)**

Ein Versicherter, der gemäß Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2018 und 2019 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 2018 und 2019 gemäß Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

#### **2.2.8 Identifikation von Wohnausländern**

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 4. Januar 2021) ihren Sitz im gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert "AUSLA", so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

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

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

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden für die Kalibrierungsmenge nur die Versicherten im Diagnose- und Leistungsjahr 2018 ausgewählt, die in 2018 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2018 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt des Jahres 2018 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 2018 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.8 und darüber hinaus im Jahr 2018 gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

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

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

1. In den Jahren 2018 und 2019 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie den KV-Bezirken Baden-Württemberg oder Bayern zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.2.6 für sämtliche Quartale der Jahre 2018 und 2019 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 2018 bis 2019 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 2018 bis 2019

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

## **2.5 Demografische Hochrechnungsfaktoren**

### **2.5.1 Berechnung der Demografischen Hochrechnungsfaktoren**

Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden zur Ermittlung der Anstiege aller Risikokategorien bzw. der ausgewählten Risikokategorien jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. Zusätzlich erfolgt in allen KV-Bezirken eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern. Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet. Die DHF werden, gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung, 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 und eingeschränkt auf Versicherte gemäß Nr. 2.4 Ziffer 1, 3 und 4 des vorliegenden Beschlusses, 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 gemäß Satzart ANZVER87a\_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung, und in seiner 437. Sitzung sowie der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik der KV.

Versichertenbezogene DHF ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß KM6 sowie der KV- und Wohnausländer-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. 2.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung.

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

#### **3.1 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte**

Zur Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte wird gemäß Nr. 2 der Anlage auf Basis der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 der Kalibrierungsalgorithmus angewendet. Die abhängige Variable der dabei durchgeführten gewichteten multiplen Regression ist der MGV-Leistungsbedarf 2018 gemäß Nr. 2.2.5, die unabhängigen Variablen sind die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) und die Alters- und Geschlechtsgruppen, ebenfalls des Jahres 2018. Die Gewichtung erfolgt mit den Versichertenquartalen aus 2018 gemäß Nr. 2.2.3.

#### **3.2 Ermittlung der Anstiege für alle Risikokategorien**

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über alle Risikokategorien einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen (in der Anlage als Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell bezeichnet), werden je KV-Bezirk für die Jahre 2018 und 2019 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2018 wird dabei gemäß Nr. 3.1 der Anlage der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen.

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

#### **3.3 Ermittlung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien**

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über die in Nr. 1 der Anlage aufgelisteten, ausgewählten hierarchisierten Risikokategorien (als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnet) werden je KV-Bezirk für die Jahre 2018 und 2019 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2018 wird dabei gemäß Nr. 3.2 der Anlage der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen. Es wird ein Anstieg für die ausgewählten Risikokategorien zusammen bestimmt.

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

#### **3.4 Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs**

Wenn der gemäß Nr. 3.2 berechnete Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk größer oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird dieser Anstieg mit dem Faktor 1,15

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

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

Übersteigt der Anstieg von 2018 auf 2019 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den Schwellenwert gemäß Nr. 3.4, so liegt in diesem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor.

## **4. Vorlage der Ergebnisse der Prüfung des Instituts des Bewertungsausschusses**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Prüfung gemäß Nr. 3.5 des vorliegenden Beschlusses bis zum 4. August 2021 vorzunehmen und dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 dieses Beschlusses, dass ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in mindestens einem KV-Bezirk vorliegt, dann wird der Bewertungsausschuss in einem weiteren Beschluss auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs für das Jahr 2019 beschließen.

Ergibt die Prüfung nach Nr. 3.5 dieses Beschlusses, dass in keinem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorliegt, beschließt der Bewertungsausschuss als Empfehlung zum Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2019, dass für das Jahr 2019 kein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorliegt.

**Anlage:** Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2019



## **Anlage**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021**

#### **Technische Anlage zu den Festlegungen zur Prüfung des Vorliegens eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2019**

---

##### **1. Ausgewählte Risikokategorien**

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 425. 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:

<b>HCC-Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>
002	Sepsis/Schock
003	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems
004	Tuberkulose
005	Opportunistische Infektionen
006	Andere Infektionskrankheiten
112	Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
115	Akute Bronchitis, Grippe

##### **2. Festlegungen zur Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die Berechnung der Anstiege zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs**

Die Relativgewichte zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden mit Hilfe einer gewichteten, multiplen linearen Regression ohne Interzept bestimmt. Die Gewichtung bezieht sich auf die Versichertenzeit, wobei diese nach Quartalen bestimmt wird.

Abhängige Variable des Regressionsmodells ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2018 (Leistungsjahr) gemäß Nr. 2.2.5 jedes Versicherten der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge nach Nr. 2.3. Die unabhängigen Variablen sind die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) des Jahres 2018 des Klassifikationssystems der Version z15a.

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Festlegungen zur Ermittlung der Anstiege

#### 3.1 Berechnung der Anstiege für alle Risikokategorien

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

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

mit

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

$\hat{\beta}_k^{zeitgl}$ : Relativgewicht der Risikokategorie  $k$  im zeitgleichen Klassifikationsmodell der Menge *alle* gemäß Nr. 2 dieser Anlage

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

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

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

und

$DHF_i^t$ : Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten  $i$  im Jahr  $t$  gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung

Um je KV-Bezirk den Anstieg von 2018 auf 2019 über alle Risikokategorien ( $Anstieg_{alle}^{2018/2019}$ ) zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2018 und 2019 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$\text{Anstieg}_{\text{alle}}^{2018/2019} = \frac{MI_{\text{alle}}^{2019, \text{zeitgl}}}{MI_{\text{alle}}^{2018, \text{zeitgl}}} - 1.$$

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

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

und

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

mit

$n_{t,I}$ : Anzahl Versicherte im Jahr  $t$  der KV gemäß Nr. 2.4 unterschieden nach den Nicht-Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ( $I = \text{NSVTN}$ ) und den Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ( $I = \text{SVTN}$ )

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

$\text{alle}$ : Menge aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen.

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

$$\text{Anstieg}_{\text{alle,NSVTN}}^{2018/2019} = \frac{MI_{\text{alle,NSVTN}}^{2019, \text{zeitgl}}}{MI_{\text{alle,NSVTN}}^{2018, \text{zeitgl}}} - 1.$$

Analog ist

$$\text{Anstieg}_{alle,SVTN}^{2018/2019} = \frac{MI_{alle,SVTN}^{2019,zeitgl}}{MI_{alle,SVTN}^{2018,zeitgl}} - 1.$$

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

$$\text{Anstieg}_{alle}^{2018/2019} = (1 - G_{KV}) \cdot \text{Anstieg}_{alle,NSVTN}^{2018/2019} + G_{KV} \cdot \text{Anstieg}_{alle,SVTN}^{2018/2019}.$$

### 3.2 Berechnung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

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

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

mit

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

und den weiteren Bezeichnungen wie unter Nr. 3.1.

Für die Bestimmung der Morbiditätsindizes der unter Nr. 1 dieser Anlage genannten ausgewählten Risikokategorien der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden erneut Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt, wobei die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit  $MI_{akut,NSVTN}^{t,zeitgl}$  bezeichnet) auf allen Diagnosen des Jahres  $t$  basieren, die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz:  $MI_{akut,SVTN}^{t,zeitgl}$ ) dagegen nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres  $t$ , die nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt,

die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

Um den Anstieg über alle ausgewählten Risikokategorien zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2018 und 2019 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{akut}^{2018/2019} = \frac{MI_{akut}^{2019,zeitgl}}{MI_{akut}^{2018,zeitgl}} - 1.$$

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

$$Anstieg_{akut,NSVTN}^{2018/2019} = \frac{MI_{akut,NSVTN}^{2019,zeitgl}}{MI_{akut,NSVTN}^{2018,zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV berechnet. Analog für Selektivvertragsteilnehmer

$$Anstieg_{akut,SVTN}^{2018/2019} = \frac{MI_{akut,SVTN}^{2019,zeitgl}}{MI_{akut,SVTN}^{2018,zeitgl}} - 1.$$

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

$$Anstieg_{akut}^{2018/2019} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{akut,NSVTN}^{2018/2019} + G_{KV} \cdot Anstieg_{akut,SVTN}^{2018/2019}.$$

### 3.3 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2019 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2019, abgegrenzt wie in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2022 zu verwendende Klassifikationsmodell, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ( $DHF_i^{2019}$ ) gemäß Nr. 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung über das

zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2022 zu verwendende Klassifikationsmodell bestimmt und mit  $G_{KV}$  bezeichnet.