

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 360. Sitzung am 19. August 2015**

**zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung
des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013,
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 gemäß Beschluss
des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung vom
20. Oktober 2012 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V**

mit Wirkung zum 19. August 2015

Präambel

In seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 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 in der 333. Sitzung des Bewertungsausschusses am 20. August 2014 auf den 31. März 2015 verlängert wurde.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

- Teil A: Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C
- Teil B: Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre
- Teil C: Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013
- Teil D: Vorlage der Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses

Anlagen:

- Anlage 1 Technische Anlage zu den Festlegungen zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013
- Anlage 2 Technische Anlage zu den Festlegungen zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre
- Anlage 3 Technische Anlage zu den Berechnungsschritten des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013
- Anlage 4 Festlegungen zu den Datengrundlagen des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013

Teil A

Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

1. Grundsätze des Verfahrens

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. 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, unkompromierten Klassifikationssystems auf, der Version z08a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 4. November 2014 freigegeben hat.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 verwendeten Daten für das Jahr 2012 mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Leistungsbedarf (jeweils 2012) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, entsprechend der MGV-Abgrenzung, 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. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, ermittelt und gegebenenfalls der Umfang berechnet.

In diesem Beschlussteil werden die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C, beschrieben.

2. Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1. Datengrundlage

Datengrundlage für die Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß dem Beschluss aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde.

Die zu verwendende Datengrundlage umfasst die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 15. Juni 2015 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Berichtsjahre 2011 bis 2013 unter Einbeziehung der Versicherten mit Kostenübernahme nach § 264 Absatz 1 SGB V gemäß Eintrag in Feld 13 der Satzart 201, sowie die Kostenträgerhistorie zum Stand 1. Juli 2015.

Darüber hinaus werden sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, 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.

Zur Hochrechnung der Geburtstagsstichprobe auf die Menge aller gesetzlich Versicherten werden die Jahre 2012 und 2013 der amtlichen KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde, herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden jahresspezifisch der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 1. Juli 2015) verwendet.

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 Versicherten quartale

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

2.2.4. Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.2.5. Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 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 2012 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.

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 2012 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale in 2012 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 2012 und 2013 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 2012 und 2013 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 2012 ausgewählt, die in 2012 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Kalibrierungsmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2012 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

2.4. Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage nach Nr. 2.1 wird zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs wie folgt abgegrenzt:

1. Es werden nur die Versicherten mit Versichertenzeit in den Jahren 2012 und/oder 2013 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 2012 und 2013 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) gemäß Nr. 2.1 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 ANZVER87c4 bzw. 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 Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

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 2012 gemäß Nr. 2.2.5, die unabhängigen Variablen sind die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) und die Alters- und Geschlechtsgruppen, ebenfalls des Jahres 2012. Die Gewichtung erfolgt mit den Versichertenquartalen aus 2012 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 2012 und 2013 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 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 an ausschließlich 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 2012 und 2013 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2012 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 an ausschließlich Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 ein gewichtetes Mittel berechnet.

3.4. Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Übersteigt der Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 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 Anwendung der Verfahren nach Teil B und C vor. Sein Umfang in Prozent wird gemäß Nr. 5.1 der Anlage 1 als Differenz aus dem Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien und dem mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen berechnet.

3.5. Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent je KV-Bezirk vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gemäß Nr. 3.4 multipliziert mit der mit Hochrechnungsfaktoren und Versichertenzeit gewichteten Relativgewichtssumme der ausgewählten Risikokategorien bezogen auf das Jahr 2012 und multipliziert mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf des Jahres 2012 nach Nr. 3 der Anlage 1 in Punkten ergibt den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C. Die Berechnungsformel wird in Nr. 5.2 der Anlage 1 angegeben.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und Teil C des vorliegenden Beschlusses dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil D zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschuss gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil B

Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre

1. Grundsätze des Verfahrens

Unter der Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre wird die Verrechnung des festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs des Jahres 2013 gemäß Teil A mit dem auf die ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 zurückzuführenden Anteil an der regional vereinbarten, diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 verstanden.

Das Verfahren kommt nur zur Anwendung, wenn ein nicht vorhersehbarer Anstieg von 2012 auf 2013 gemäß Teil A festgestellt wird.

2. Datengrundlage

Die Datengrundlage für das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen ist der gemäß Nrn. 2.1 und 2.2 in Teil A genannte Datenkörper.

2.1 Datengrundlage für den Behandlungsbedarf

Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2014 wird der arztseitigen Lieferung der Satzart Formblatt 3 aus dem Feld Vergütung entnommen, entsprechend dem dem Institut am 19.08.2015 vorliegenden Stand.

2.2 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen entspricht der Abgrenzung gemäß Nr. 2.4 in Teil A.

3. Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen

3.1 Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Die Datengrundlage ist die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.2 in der jeweiligen KV-spezifischen Abgrenzung gemäß Nr. 2.2.1 in Teil A.

Die Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird für jeden KV-Bezirk gemäß Nr. 1 der Anlage 2 einzeln bestimmt. Dazu wird das Produkt aus dem Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 und dem Behandlungsbedarf für das Jahr 2014 für jeden KV-Bezirk berechnet. Diese Kennzahlen sind gemäß Teil D mit dem für die gewichtete Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate durch die Gesamtvertragspartner verwendeten Gewichtungsfaktor für die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2016 zu gewichten.

3.2 Ermittlung der Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % über dem Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien

Die Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird nur insofern und insoweit in Abzug gebracht, wie diese die Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % bezogen auf den Anstieg aller Risikokategorien gemäß Teil A Nr. 3.2 von 2012 auf 2013 überschreitet. Das Nähere hierzu ist in Nr. 2 der Anlage 2 festgelegt.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil D zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil C

Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013

Präambel

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung (Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) soll bei Vorliegen eines gemäß Teil A ermittelten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013 (im Folgenden kurz als Unterschreitung bezeichnet) erfolgen. In diesem Beschlussteil wird das Verfahren zur Feststellung einer solchen Unterschreitung in einem KV-Bezirk beschrieben. Das Verfahren ist ausschließlich für diejenigen KV-Bezirke durchzuführen, in denen tatsächlich ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 gemäß Teil A festgestellt wurde.

1. Grundsätze des Verfahrens

Die Berechnung der Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs orientiert sich an den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013. Das Konzept des Aufsatzwertes dient der Beschreibung der Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von einem Quartal des Jahres 2012 in das entsprechende Quartal des Jahres 2013. Berücksichtigt werden dabei u. a. Änderungen der Anzahl von Versicherten, Bereinigungen und Änderungen der Abgrenzung der MGV zwischen den beiden betrachteten Quartalen. Bei der Berechnung des für den Vergleich notwendigen transformierten Aufsatzwertes für die Quartale im Jahr 2012 ist der für diese Quartale vereinbarte bereinigte

Behandlungsbedarf so zu transformieren, als wären die Leistungen unter den Bedingungen erbracht worden, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 herrschten. Der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs ergibt sich dann aus dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf für die Quartale im Jahr 2013 und den gemäß diesem Beschluss berechneten transformierten Aufsatzwerten der Quartale im Jahr 2012.

In analoger Weise wird der in einem Quartal des Jahres 2012 abgerechnete Leistungsbedarf unter Berücksichtigung der geänderten Bedingungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 transformiert und der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs ergibt sich entsprechend aus dem abgerechneten Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2013 und dem transformierten abgerechneten Leistungsbedarf der jeweiligen Ausgangs quartale des Jahres 2012.

Durch Vergleich des so bestimmten vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs mit dem so bestimmten tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs lässt sich eine Unterschreitung feststellen.

2. Datengrundlagen und Besonderheiten des Verfahrens

2.1 Datengrundlagen

Die in diesem Beschluss teil beschriebenen Berechnungen zur Feststellung einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs werden durch das Institut des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Daten durchgeführt, die auf Bundesebene vorliegen. Eine detaillierte Beschreibung, welche Eingabegrößen des Verfahrens aus welchen Datengrundlagen entnommen werden, erfolgt in Anlage 4. Diese Datengrundlagen sind mit dem dem Institut des Bewertungsausschusses zum 19.08.2015 vorliegenden Stand zu verwenden.

2.2 Regionaler Punktwert

Für die im Rahmen des Verfahrens durchzuführenden Umrechnungen von Eurobeträgen in Punktzahlvolumina wird der im KV-Bezirk für das jeweilige Quartal der Jahre 2012 und 2013 vereinbarte Punktwert verwendet. Für das Quartal 2013/4 ist der Punktwert mit dem Faktor 0,35363 zu multiplizieren, um die Umstellung des Orientierungswertes zu berücksichtigen. Diese Umstellung ist auch bei den aus den Datengrundlagen in der Einheit Punkte entnommenen Werten zu berücksichtigen. Diese Werte sind vor Eingang in die Berechnung jeweils mit dem Faktor $1/0,35363$ zu multiplizieren, sofern die Umstellung des Orientierungswertes in der jeweiligen Datengrundlage nachvollzogen wurde (eine mögliche Ausnahme sind z. B. Nachtragsfälle aus früheren Quartalen).

2.3 Bewertungseffekte

Bei der Berücksichtigung von Bewertungseffekten werden im Rahmen dieses Beschlusses Gebührenordnungspositionen betrachtet, deren Bewertung sich im EBM in einem Quartal des Jahres 2013 im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2012 geändert hat. Solche Änderungen sind im Rahmen des Verfahrens durch das Institut des Bewertungsausschusses dadurch zu berücksichtigen, dass bei der Berechnung des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs für die betroffenen Gebührenordnungspositionen im Jahr 2013 dieselbe Bewertung verwendet wird, mit der diese Gebührenordnungspositionen in den transformierten abgerechneten Leistungsbedarf des entsprechenden Ausgangsquartals des Jahres 2012 eingehen.

3. Beschreibung des Verfahrens

Dem Verfahren liegt der Vergleich der Entwicklung des Leistungsbedarfs und Behandlungsbedarfs des Jahres 2013 gegenüber dem Jahr 2012 zugrunde. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, sind für beide Kennzahlen jeweils Vergleichswerte, genannt transformierte Aufsatzwerte, durch Transformation zu bestimmen, die Änderungen der Anzahl von Versicherten, Anpassungen des regionalen Punktwerts, Bereinigungsbeträge, Ein- und Ausdeckelungen (bei Überführung von Leistungen, die bisher nicht der MGV zugeordnet sind (EGV), in die MGV bzw. Überführung von der MGV in die EGV) und Bewertungseffekte abbilden. Soweit in einzelnen Schritten des Verfahrens nicht explizit eine andere Festlegung getroffen wird, sind ausschließlich Leistungen, die im Jahre 2013 der MGV unterliegen bzw. durch Transformation in diese Abgrenzung gebracht wurden, im Rahmen des Verfahrens zu berücksichtigen. Insbesondere sind Leistungsbedarfe der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) in Zusammenhang mit Selektivverträgen nicht zu berücksichtigen.

Die nachfolgend ausformulierten Berechnungsschritte sind in Anlage 3 formeltechnisch ausgedrückt.

3.1 Bestimmung des transformierten Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs

Für jeden KV-Bezirk wird der transformierte Aufsatzwert des um die letztmalige nicht basiswirksame Bereinigung bereinigten Behandlungsbedarfs in 2012 gebildet. Die nachfolgende Beschreibung orientiert sich am Vorgehen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung (Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte), Nr. 2.2.3.

Die Transformation geschieht auf der Ebene des KV-Bezirks in drei Schritten, welche in Nr. 2 von Anlage 3 formeltechnisch dargestellt sind. Im ersten Schritt wird die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 möglicherweise geänderte Abgrenzung der

MGV im KV-Bezirk beim Behandlungsbedarf der KV des Jahres 2012 berücksichtigt. Dazu wird der Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung, der auf Leistungen entfällt, die ein- bzw. ausgedeckelt wurden, über alle Einzelkassen verwendet. Der Leistungsbedarf, der auf in Euro bewertete Leistungen entfällt, ist durch Division mit dem regionalen Punktwert gemäß Nr. 2.2 in Behandlungsbedarf in Punkten umzurechnen. Der Leistungsbedarf, der auf in Punkten bewertete Leistungen entfällt, wird, unter Beachtung der Sonderregelungen für das Quartal 2013/4 entsprechend Nr. 2.2, mit dem Verhältnis vom Behandlungsbedarf im Jahr 2012 zum im gesamten KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des Jahres 2012 multipliziert. Bei Eindeckelung ist der sich ergebende Betrag zum Behandlungsbedarf hinzuzurechnen und bei Ausdeckelung abzuziehen.

Im zweiten Schritt werden mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten von 2012 auf 2013 im KV-Bezirk berücksichtigt, indem diese Veränderung als Faktor mit dem in Schritt eins bestimmten Wert multipliziert wird. Zusätzlich findet eine Korrektur des Behandlungsbedarfs gemäß den Vorgaben zur Berechnung des Aufsatzwertes gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, insbesondere die in Nr. 2.2.3 beschriebene Verwendung des durchschnittlichen Bereinigungsbetrags je Versichertem in Punkten des Jahres 2012, statt. Für diese Korrektur wird der durchschnittliche Bereinigungsbetrag je Versichertem in Punkten im Jahr 2012 mit der Änderung der Anzahl der Versicherten von 2012 auf 2013 multipliziert und zum Behandlungsbedarf addiert.

Schließlich wird im dritten Schritt der Summenwert der quartalsbezogenen Werte gebildet. Dieser Summenwert bildet den transformierten Aufsatzwert des vereinbarten Behandlungsbedarfs.

3.2 Bestimmung des transformierten Aufsatzwertes des abgerechneten Leistungsbedarfs

Die Berechnung des transformierten Aufsatzwertes des abgerechneten Leistungsbedarfs für das Jahr 2012 erfolgt grundsätzlich analog zur Berechnung des transformierten Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs. Dabei sind insbesondere die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 möglicherweise geänderte Abgrenzung der MGV, Bewertungseffekte, Änderungen des regionalen Punktwertes sowie mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten zu berücksichtigen.

Die Transformation geschieht in sechs Schritten, welche in Nr. 3 von Anlage 3 formeltechnisch dargestellt sind. Im ersten Schritt wird erneut die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 möglicherweise geänderte Abgrenzung der MGV im KV-Bezirk berücksichtigt. Dazu wird der Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung

des Jahres 2012 getrennt nach Leistungen, die in Punkten und Euro bewertet sind, in der Abgrenzung des Jahres 2013 bestimmt.

In Schritt zwei wird für die in Punkten bewerteten Leistungen die Änderung des regionalen Punktwertes von 2012 auf 2013 eingerechnet.

In Schritt drei wird der Leistungsbedarf aus dem ersten Schritt, der auf in Euro bewertete Leistungen entfällt, und der um die Änderung des regionalen Punktwertes angepasste Leistungsbedarf aus dem zweiten Schritt addiert.

In Schritt vier wird der durchschnittliche Bereinigungsbetrag je Versichertem in 2012 wegen selektivvertraglich erbrachten Leistungen mit dem Faktor der Veränderung des regionalen Punktwertes von 2012 auf 2013 multipliziert und durch das Verhältnis von Behandlungsbedarf in Punkten im Jahre 2012 zum im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf in Euro im Jahre 2012 dividiert.

Im fünften Schritt werden mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten von 2012 auf 2013 im KV-Bezirk bei den Leistungsbedarfen berücksichtigt. Zusätzlich wird der in Schritt vier erhaltene Eurobetrag mit der Änderung der Anzahl der Versicherten von 2012 auf 2013 multipliziert und zum im Schritt drei erhaltenen Eurobetrag hinzuaddiert. Damit wird die im Schritt zwei der Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs durchgeführte Korrektur analog auch beim Leistungsbedarf nachvollzogen.

In Schritt sechs wird schließlich der Summenwert der quartalsbezogenen Werte gebildet. Dieser Summenwert bildet den transformierten Aufsatzwert des abgerechneten Leistungsbedarfs.

3.3 Vereinbarter und tatsächlicher Anstieg

Die gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2 bestimmten transformierten Aufsatzwerte des vereinbarten Behandlungsbedarfs und des abgerechneten Leistungsbedarfs des Jahres 2012 berücksichtigen nicht die Änderungen bei der Teilnahme an Selektivverträgen, die nach einem Quartal des Jahres 2012 bis zum entsprechenden Quartal des Jahres 2013 aufgetreten sind. Daher werden diese Aufsatzwerte des Jahres 2012 zur Berechnung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs und des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs ins Verhältnis gesetzt zum vereinbarten Behandlungsbedarf bzw. zum abgerechneten Leistungsbedarf des Jahres 2013 insgesamt, die jeweils um die entsprechenden Differenzbereinigungsbeträge rückbereinigt wurden. Beim abgerechneten Leistungsbedarf des Jahres 2013 sind hierbei außerdem Bewertungseffekte durch Multiplikation des Leistungsbedarfs, der auf die davon betroffenen Leistungen entfällt, mit einem geeigneten Faktor zu berücksichtigen.

Für die Rückbereinigung um die entsprechenden Differenzbereinigungsbeträge wird im Bereich des Behandlungsbedarfs die Summe der gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, Teil B, Nr. 3.2.3 und Nr. 3.3 bestimmten Bereinigungsbeträge in Punkten addiert, wie in Nr. 4 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben. Im Bereich des Leistungsbedarfs ist diese Summe der Bereinigungsbeträge in Punkten durch das Verhältnis vom Behandlungsbedarf zum im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf im Jahr 2013 zu dividieren und hinzuzuaddieren, wie in Nr. 5 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben. Als Ergebnis ergeben sich der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs und der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs im KV-Bezirk in Prozent.

3.4 Feststellung einer Unterschreitung

Eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg in einem KV-Bezirk liegt vor, wenn die gemäß Nr. 3.3 bestimmte prozentuale Veränderung des Behandlungsbedarfs größer ist als die prozentuale Veränderung des Leistungsbedarfs.

Zur Bestimmung der auf diese Unterschreitung entfallenden Höhe des Behandlungsbedarfs wird als Bezugsgröße, auf die die Differenz der prozentualen Veränderungen angewandt wird, ein Wert wie folgt bestimmt: Die Summe der transformierten Aufsatzwerte des vereinbarten Behandlungsbedarfs über die Quartale des Jahres 2012 insgesamt wird vermindert um die Summe über die Differenzbereinigungsbeträge in Punkten im Jahr 2013, die mit folgendem Faktor multipliziert wird, um die auf den Bereinigungsbetrag angewendete Fortentwicklung des vereinbarten Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 zu berücksichtigen:

$$1 + \frac{1}{100} \frac{\text{vereinbarter Anstieg des Behandlungsbedarfs im KV-Bezirk in \%}}{100}$$

Eine formeltechnische Beschreibung der Bestimmung der Bezugsgröße ist in Nr. 6 von Anlage 3 angegeben.

Der Unterschreitungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation der so bestimmten Bezugsgröße mit der Differenz der prozentualen Veränderung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs zur prozentualen Veränderung des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs, wie in Nr. 6 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben.

4. Dokumentation der Abgrenzungen der Berechnung und Annahmen durch das Institut des Bewertungsausschusses

Durch die Verwendung von auf Bundesebene vorliegenden Datengrundlagen kommt es gegebenenfalls zu Ungenauigkeiten bei der Abbildung regionaler Besonderheiten. Das Institut des Bewertungsausschusses stellt diese nicht abbildbaren Sachverhalte sowie ggf. getroffene Annahmen zusammen mit der Vorlage der Berechnungsergebnisse dar.

5. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil D zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D des vorliegenden Beschlusses an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil D

Vorlage der Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Berechnungen nach Teil A, Teil B und Teil C des vorliegenden Beschlusses bis zum 21. September 2015 vorzunehmen und dem Bewertungsausschuss je KV-Bezirk folgende Teilergebnisse zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 vorzulegen:

- A) Den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten ohne Berücksichtigung der Ergebnisse von Teil B und Teil C gemäß Teil A Nr. 3.5, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- B) Die gemäß Anlage 2 Nr. 2 ermittelte ungewichtete Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- C) Die gemäß Teil B Nr. 3 ermittelte Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % bezogen auf den Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014.
- D) Den gemäß Teil C ermittelten Unterschreibungsbetrag in Punkten, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014, sofern dieser Unterschreibungsbetrag größer als null ist.

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2014 ergibt sich gemäß der Datengrundlage, wie beschrieben in Teil B Nr. 2.1.

Protokollnotiz:

Im Beschluss des Bewertungsausschusses zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2013 (NVA 2013) soll neben den oben beschriebenen Größen die folgende Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2014 durch die Gesamtvertragspartner beschlossen werden:

$$NVA_{2013} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D).$$

Dabei bezeichnen A, B, C, und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D berechneten Größen und g den regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2016.

Die Größe D ist gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Teil C Nr. 4 von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren.

Das Nähere zur zeitnahen Vergütung beschließt der Bewertungsausschuss in seiner Empfehlung.

Anlage 1

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Technische Anlage zu den Festlegungen zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013

mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Ausgewählte Risikokategorien

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems gemäß Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung können zusammen einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditybedingten 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 in Teil A 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 Teil A) für das Kollektiv I mit $I = nur_73b_SVTN$ ("nur-§ 73b-Versicherte" gemäß Nr. 2.4 Ziffer 2.b Teil A) bzw. $I = nicht_nur_73b_SVTN$ (SVTN außer 'nur-§ 73b-Versicherte') und $Jahr = 2012, 2013$

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 2012 (Leistungsjahr) jedes Versicherten gemäß Nr. 2.2.5, 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 2012 des Klassifikationssystems der Version z08a.

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

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

$RK_{k,i,t}^{zeitgl}$: 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 in Teil A

und

$DHF_{i,t}$: Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.1.

Um je KV-Bezirk den Anstieg von 2012 auf 2013 über alle Risikokategorien ($Anstieg_{2012/2013}^{alle}$) zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2012 und 2013 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{2012/2013}^{alle} = \frac{MI_{2013,alle}^{zeitgl}}{MI_{2012,alle}^{zeitgl}} - 1.$$

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) „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 Teil A 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:

$$Anstieg_{2012/2013}^{alle,NSVTN} = \frac{MI_{2013,alle,NSVTN}^{zeitgl}}{MI_{2012,alle,NSVTN}^{zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV. Analog ist

$$Anstieg_{2012/2013}^{alle,SVTN} = \frac{MI_{2013,alle,SVTN}^{zeitgl}}{MI_{2012,alle,SVTN}^{zeitgl}} - 1$$

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

$$Anstieg_{2012/2013}^{alle} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{2012/2013}^{alle,NSVTN} + G_{KV} \cdot Anstieg_{2012/2013}^{alle,SVTN}$$

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 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 ausgewählten Risikokategorien ist

und den weiteren Bezeichnungen wie unter Nr. 4.1.

Für die Bestimmung der Morbiditätsindizes der unter Nr. 1 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) „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 2012 und 2013 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{2012/2013}^{akut} = \frac{MI_{2013,akut}^{zeitgl}}{MI_{2012,akut}^{zeitgl}} - 1.$$

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

$$Anstieg_{2012/2013}^{akut,NSVTN} = \frac{MI_{2013,akut,NSVTN}^{zeitgl}}{MI_{2012,akut,NSVTN}^{zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV berechnet. Analog für Selektivvertragsteilnehmer

$$Anstieg_{2012/2013}^{akut,SVTN} = \frac{MI_{2013,akut,SVTN}^{zeitgl}}{MI_{2012,akut,SVTN}^{zeitgl}} - 1.$$

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

$$Anstieg_{2012/2013}^{akut} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{2012/2013}^{akut,NSVTN} + G_{KV} \cdot Anstieg_{2012/2013}^{akut,SVTN}.$$

4.3. Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2013 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2013, 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 ($DHF_{i,2013}$) aus Nr. 2.1 gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung bestimmt und mit G_{KV} bezeichnet.

5. Feststellung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Übersteigt der Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 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 Anwendung der Verfahren nach Teil B und C vor.

5.1. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C ist gleich der Differenz aus dem Anstieg von 2012 auf 2013 der ausgewählten Risikokategorien und dem mit dem Faktor 1,15 multiplizierten Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen, sofern diese Differenz größer als null ist. Ansonsten ist der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gleich null.

Es ist

$$NVA_{Proz}^{2012/2013} = \max(0; \text{Anstieg}_{2012/2013}^{akut} - 1,15 \cdot \text{Anstieg}_{2012/2013}^{alle})$$

für jede KV zu bestimmen.

5.2. Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten für das Jahr 2013 je KV-Bezirk vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C berechnet sich wie folgt:

$$NVA_{Pkt.}^{2013} = NVA_{Proz}^{2012/2013} \cdot DLB_{2012} \cdot RGS_{2012,akut}^{zeitgl},$$

mit

$$RGS_{2012,akut}^{zeitgl} = \sum_{i=1}^{n_{2012}} \sum_{k \in akut} RG_k^{zeitgl} \cdot RK_{k,i,2012}^{zeitgl} \cdot VJ_{i,2012} \cdot DHF_{i,2012}$$

wobei

$RGS_{2012,akut}^{zeitgl}$: Relativgewichtssumme der Menge *akut* des Jahres 2012 im zeitgleichen Klassifikationsmodell

$NVA_{Proz}^{2012/2013}$: Nicht vorhersehbarer Anstieg von 2012 auf 2013 des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gemäß Nr. 5.1

DLB_{2012} : der mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Kalibrierungsmenge nach Nr. 2.3 in Teil A

akut: ausgewählte Risikokategorien gemäß Nr. 1

RG_k^{zeitgl} : Relativgewicht der Risikokategorie *k* im zeitgleichen Klassifikationsmodell gemäß Nr. 3

n_{2012} : Anzahl Versicherte im Jahr 2012 der KV gemäß Nr. 2.4 Teil A

$RK_{k,i,2012}^{zeitgl}$: Ausprägung der Risikokategorie *k* im zeitgleichen Klassifikationsmodell des Versicherten *i* im Jahr 2012

$VJ_{i,2012}$: Anzahl Versichertenjahre des Versicherten *i* im Jahr 2012, bestimmt durch $VJ_{i,2012} = AVQ_{i,2012}/4$

mit

$AVQ_{i,2012}$: Anzahl Versichertenquartale des Versicherten *i* im Jahr 2012 gemäß Nr. 2.2.3 in Teil A

sowie

$DHF_{i,2012}$: Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten *i* im Jahr 2012 gemäß Nr. 2.2.

Anlage 2

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Technische Anlage zu den Festlegungen zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditybedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 und die Folgejahre

mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen je KV-Bezirk wird zunächst der Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der Veränderungsrate für das Jahr 2016 (B_{akut}) berechnet. Dazu werden alle hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems p09a den Risikoklassen des Klassifikationsmodells zur Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2016 (KM87a_2015) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung vom 23. Juni 2015 zugeordnet und der Quotient aus der Differenz aus den Morbidityindizes der ausgewählten Risikoklassen der Jahre 2013 ($MI_{2013,akut}$) und 2012 ($MI_{2012,akut}$), wobei für $MI_{2012,akut}$ und $MI_{2013,akut}$ alle hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems p09a bis auf die ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 auf null gesetzt werden, und dem Morbidityindex aller Risikoklassen des Jahres 2012 ($MI_{2012,alle}$) gebildet:

$$B_{akut} = \frac{MI_{2013,akut} - MI_{2012,akut}}{MI_{2012,alle}}$$

wobei

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

mit

$MI_{t,RKM}$: Morbiditätsindex des Jahres t mit $RKM = akut$ bzw. $alle$, wobei $akut$ die Menge der ausgewählten Risikoklassen ist, d. h. nur die gemäß Nr. 1 der Anlage 1 ausgewählten Risikokategorien werden vor der Kompression nicht auf null gesetzt, und $alle$ die Menge aller Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2015 ist

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

RG_k : Relativgewicht der Risikoklasse k der Menge $akut$ bzw. $alle$ gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung

$RK_{k,i,t}$: Ausprägung der Risikoklasse k der Menge $akut$ bzw. $alle$ des Versicherten i im Jahr t

$AVQ_{i,t}$: Anzahl Versichertenquartale des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.2.3 Teil A

und

$DHF_{i,t}$: Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.1 der Anlage 1.

Die Punktzahlsumme (PZS) zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen je KV-Bezirk ermittelt sich dann aus dem Produkt aus dem Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 (B_{akut}) multipliziert mit g , dem regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2016 und multipliziert mit dem Behandlungsbedarf des Jahres 2014:

$$PZS = g \cdot PZS_{ungewichtet} = g \cdot B_{akut} \cdot BB_{2014}$$

mit

g : regional vereinbarter Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2016,

$PZS_{ungewichtet}$: ungewichtete Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren

Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen,

B_{akut} : Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016

und

BB_{2014} : Behandlungsbedarf des Jahres 2014, gemäß Teil B Nr. 2.1.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns wird jeweils B_{akut} unter Berücksichtigung der beiden Versichertenkollektive der Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (kurz $NSVTN$) und Selektivvertragsteilnehmer (kurz $SVTN$) bestimmt. Die zugrundeliegenden Risikokategorien bzw. Risikoklassen für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer basieren auf allen Diagnosen des Jahres t , die Risikokategorien bzw. Risikoklassen für Selektivvertragsteilnehmer 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) „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

$$B_{akut} = (1 - G_{KV}) \cdot \frac{MI_{2013,akut}^{NSVTN} - MI_{2012,akut}^{NSVTN}}{MI_{2012,alle}^{NSVTN}} + G_{KV} \cdot \frac{MI_{2013,akut}^{SVTN} - MI_{2012,akut}^{SVTN}}{MI_{2012,alle}^{SVTN}}$$

mit

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

und

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

Dabei sind

$K_{i,t}$: Korrekturfaktor des demografischen Hochrechnungsfaktors des Selektivvertragsteilnehmers i im Jahr t

- $n_{t,I}$: Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 Teil A unterschieden nach den Nicht-Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.2 Teil B ($I = NSVTN$) und den Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ($I = SVTN$) gemäß Nr. 2.2 Teil B
- RKM : hat die Ausprägungen *akut* bzw. *alle*, wobei *akut* die Menge der ausgewählten Risikoklassen ist, d. h. nur die gemäß Nr. 1 der Anlage 1 ausgewählten Risikokategorien werden vor der Kompression nicht auf null gesetzt, und *alle* die Menge aller Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2015 ist
- G_{KV} : Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil) für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayerns (gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung)

und die weiteren Bezeichnungen wie oben.

2. Ermittlung der Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % über dem Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien

Die Punktzahlsumme des Schwellenwerts von 15 % über dem Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien je KV-Bezirk (PZS_{SW15}) wird entsprechend den Festlegungen aus Teil A wie folgt bestimmt:

$$PZS_{SW15} = 0,15 \cdot \text{Anstieg}_{2012/2013}^{\text{alle}} \cdot DLB_{2012} \cdot RGS_{2012, \text{akut}}^{\text{zeitgl}}$$

mit

$\text{Anstieg}_{2012/2013}^{\text{alle}}$: Anstieg von 2012 auf 2013 aller Risikokategorien gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1

und die weiteren Bezeichnungen gemäß Nr. 5.2 der Anlage 1.

Anlage 3

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Technische Anlage zu den Berechnungsschritten des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013

mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Verwendete Indizes bei den im Verfahren auftretenden Größen

Der bei den im Verfahren auftretenden Größen verwendete obere Index J bezieht sich immer auf das jeweilige Berichtsjahr, welches meist konkret als 2012 oder 2013 angegeben ist. Untere Indizes KV und Q beziehen sich immer auf den jeweiligen KV-Bezirk bzw. das jeweilige Quartal. Im Kontext bestimmter Berechnungen auftretende weitere Indizes werden dort erläutert.

2. Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs

Diese Transformation findet in drei Schritten statt. Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf wird in der Einheit Punkte verwendet. Das als Ergebnis von Schritt i erhaltene Zwischenergebnis der Transformation wird mit $VBB^{trans(i)}$ bezeichnet.

Schritt 1: Berücksichtigung von Änderungen der Abgrenzung der MGV. Der abgerechnete Leistungsbedarf eines Quartals im Jahr 2012, der auf Leistungen entfällt, die in diesem Quartal in der MGV waren, aber im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 in der EGV sind, wird mit $LB_{KV,Q,BEW}^{2012,AUS}$ bezeichnet. Der zusätzliche untere Index BEW mit den möglichen Ausprägungen EUR und PUN unterscheidet zwischen Leistungen, die in Euro und in Punkten bewertet sind. Analog bezeichnet $LB_{KV,Q,BEW}^{2012,EIN}$ den abgerechneten Leistungsbedarf eines Quartals im Jahr 2012, der auf Leistungen entfällt, die in diesem Quartal in der EGV waren, aber im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 in der MGV sind. Die Größen $LB_{KV,Q,EUR}^{2012,AUS}$ und $LB_{KV,Q,EUR}^{2012,EIN}$ sind mithilfe des

im jeweiligen Quartal des Jahres 2012 im KV-Bezirk geltenden regionalen Punktwertes $PW_{KV,Q}^{2012}$ in die Einheit Punkte umzurechnen. Für die Größen $LB_{KV,Q,PUN}^{2012,AUS}$ und $LB_{KV,Q,PUN}^{2012,EIN}$ ist die Abstufung zu berücksichtigen, die sich durch das Verhältnis von vereinbartem bereinigtem Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^{2012}$ zum insgesamt abgerechneten Leistungsbedarf $LB_{KV,Q}^{2012,MGV12}$, der im jeweiligen Quartal des Jahres 2012 auf Leistungen in der MGV entfällt, ausdrückt.

$$VBB_{KV,Q}^{trans(1)} = VBB_{KV,Q}^{2012} + \frac{(LB_{KV,Q,EUR}^{2012,EIN} - LB_{KV,Q,EUR}^{2012,AUS})}{PW_{KV,Q}^{2012}} + \frac{VBB_{KV,Q}^{2012} \cdot (LB_{KV,Q,PUN}^{2012,EIN} - LB_{KV,Q,PUN}^{2012,AUS})}{LB_{KV,Q}^{2012,MGV12}}$$

Schritt 2: Berücksichtigung der Änderung der Anzahl von Versicherten im KV-Bezirk. In der folgenden Formel bezeichnet $ANZ_{KV,Q}^J$ die Anzahl der Versicherten im KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des betrachteten Jahres. Der mit der Differenz dieser Anzahlen gewichtete durchschnittliche (bzw. mittlere) Bereinigungsbetrag $MBB_{KV,Q}^{2012}$ je Versichertem in 2012 für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

$$VBB_{KV,Q}^{trans(2)} = \frac{ANZ_{KV,Q}^{2013}}{ANZ_{KV,Q}^{2012}} \cdot VBB_{KV,Q}^{trans(1)} + MBB_{KV,Q}^{2012} \cdot (ANZ_{KV,Q}^{2013} - ANZ_{KV,Q}^{2012})$$

Schritt 3: Aufsummieren über die Quartale liefert das Endergebnis $VBB_{KV}^{*,2012}$ der Transformation.

$$VBB_{KV}^{*,2012} = \sum_{Q=1}^4 VBB_{KV,Q}^{trans(2)}$$

3. Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs

Diese Transformation findet in sechs Schritten statt. Dabei wird der abgerechnete Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung verwendet. Das als Ergebnis von Schritt i der Transformation erhaltene Zwischenergebnis wird mit $LB^{trans(i)}$ bezeichnet.

Schritt 1: Berücksichtigung von Änderungen der Abgrenzung der MGV. Ausgegangen wird von dem im Jahr 2012 in einem Quartal im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf, der auf Leistungen entfällt, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2013 in der MGV sind. Der so abgegrenzte abgerechnete Leistungsbedarf bildet das erste Zwischenergebnis und wird mit

$$LB_{KV,Q,BEW}^{trans(1)}$$

bezeichnet, wobei der zusätzliche Index BEW mit den möglichen Ausprägungen EUR und PUN unterscheidet zwischen Leistungen, die in Euro und in Punkten bewertet sind.

Schritt 2: Berücksichtigung der Änderung des regionalen Punktwertes $PW_{KV,Q}^J$ zwischen den Jahren 2012 und 2013 für in Punkten bewertete Leistungen.

$$LB_{KV,Q,PUN}^{trans(2)} = \frac{PW_{KV,Q}^{2013}}{PW_{KV,Q}^{2012}} \cdot LB_{KV,Q,PUN}^{trans(1)}$$

Schritt 3: Zusammenführen der Zwischenergebnisse für in Punkten und in Euro bewertete Leistungen.

$$LB_{KV,Q}^{trans(3)} = LB_{KV,Q,EUR}^{trans(1)} + LB_{KV,Q,PUN}^{trans(2)}$$

Schritt 4: Aufstaffelung der durchschnittlichen (bzw. mittleren) Bereinigungsbeträge $MBB_{KV,Q}^{2012}$ je Versichertem in 2012 für selektivvertraglich erbrachte Leistungen und dabei Berücksichtigung der Änderung des regionalen Punktwertes $PW_{KV,Q}^J$ zwischen den Jahren 2012 und 2013. Die Aufstaffelung drückt sich durch das Verhältnis von vereinbartem bereinigtem Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^{2012}$ zum insgesamt abgerechneten Leistungsbedarf $LB_{KV,Q}^{2012,MGV12}$, der im jeweiligen Quartal des Jahres 2012 auf Leistungen in der MGV entfällt, aus.

$$LB_{KV,Q}^{trans(4)} = MBB_{KV,Q}^{2012} \cdot \frac{LB_{KV,Q}^{2012,MGV12}}{VBB_{KV,Q}^{2012}} \cdot \frac{PW_{KV,Q}^{2013}}{PW_{KV,Q}^{2012}}$$

Schritt 5: Berücksichtigung der Änderung der Anzahl von Versicherten im KV-Bezirk. In der folgenden Formel bezeichnet $ANZ_{KV,Q}^J$ die Anzahl der Versicherten im KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des betrachteten Jahres. Der aufgestaffelte und mit der Differenz dieser Anzahlen gewichtete durchschnittliche (bzw. mittlere) Bereinigungsbetrag je Versichertem für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

$$LB_{KV,Q}^{trans(5)} = \frac{ANZ_{KV,Q}^{2013}}{ANZ_{KV,Q}^{2012}} \cdot LB_{KV,Q}^{trans(3)} + (ANZ_{KV,Q}^{2013} - ANZ_{KV,Q}^{2012}) \cdot LB_{KV,Q}^{trans(4)}$$

Schritt 6: Aufsummieren über die Quartale liefert das Endergebnis $LB_{KV,Q}^{*,2012}$ der Transformation.

$$LB_{KV}^{*,2012} = \sum_{Q=1}^4 LB_{KV,Q}^{trans(5)}$$

4. Bestimmung des vereinbarten Anstiegs

Der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs in Prozent ergibt sich, indem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf VBB_{KV}^{2013} im KV-Bezirk in 2013, dem die Summe der Differenzbereinigungsbeträge DBB_{KV}^{2013} im KV-Bezirk wieder zugesetzt wurde, ins Verhältnis gesetzt wird zu der transformierten Größe $VBB_{KV}^{*,2012}$.

$$VA_{KV} = \left(\frac{VBB_{KV}^{2013} + DBB_{KV}^{2013}}{VBB_{KV}^{*,2012}} - 1 \right) \cdot 100$$

5. Bestimmung des tatsächlichen Anstiegs

Analog ergibt sich der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs in Prozent ausgehend vom abgerechneten Leistungsbedarf im KV-Bezirk in 2013, der auf Leistungen in der MGV entfällt. Bewertungseffekte werden durch Gewichtung der betroffenen Leistungen mit einem entsprechenden Faktor berücksichtigt. Daraus ergibt sich die Größe $LB_{KV}^{2013, MGV13}$, der die aufgestaffelte Summe der Differenzbereinigungsbeträge zugesetzt wird, bevor sie ins Verhältnis gesetzt wird zu der transformierten Größe $LB_{KV}^{*,2012}$.

$$TA_{KV} = \left(\frac{LB_{KV}^{2013, MGV13} + (DBB_{KV}^{2013} \cdot LB_{KV}^{2013, MGV13} / VBB_{KV}^{2013})}{LB_{KV}^{*,2012}} - 1 \right) \cdot 100$$

6. Feststellung und Verrechnung einer Unterschreitung

Eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg in einem KV-Bezirk liegt vor, wenn $TA_{KV} < VA_{KV}$ ist. In diesem Fall wird die Bezugsgröße für die auf diese Unterschreitung entfallende Höhe des vereinbarten Behandlungsbedarfs im KV-Bezirk KV wie folgt berechnet:

$$BG_{KV} = VBB_{KV}^{*,2012} - \frac{1}{1 + \frac{VA_{KV}}{100}} \cdot DBB_{KV}^{2013}$$

Der Unterschreibungsbetrag in Punkten für den KV-Bezirk KV ergibt sich daraus wie folgt:

$$BG_{KV} \cdot (VA_{KV} - TA_{KV}).$$

Ist $TA_{KV} > VA_{KV}$, so liegt keine Unterschreitung vor. Der Unterschreitungsbeitrag ist dann gleich null.

Anlage 4

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Festlegungen zu den Datengrundlagen des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2013 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2012 auf 2013 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2012 auf 2013 mit Wirkung zum 19. August 2015

Es werden die Bezeichnungen aus der formeltechnischen Beschreibung in Anlage 3 dieses Beschlusses verwendet.

1. Regionaler Punktwert

Der regionale Punktwert $PW_{KV,Q}^j$ wird der arztseitigen Lieferung der Satzart Formblatt 3 entnommen (Vorgang 083). Die Datenlieferungen in der Satzart Formblatt 3 erfolgen für die Quartale 2012/1 bis 2013/4 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ggf. unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Fehlt die Angabe zum regionalen Punktwert in einem Quartal für einen KV-Bezirk, so wird für dieses Quartal der mittlere regionale Punktwert im KV-Bezirk unter Berücksichtigung von Nr. 2.2 von Teil C verwendet, der sich basierend auf den Quartalen desselben Jahres ergibt, für die eine Angabe zum regionalen Punktwert vorliegt.

2. Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf

Der in einem KV-Bezirk für ein Quartal vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^j$ wird der arztseitigen Lieferung der Satzart Formblatt 3 aus dem Feld Vergütung entnommen. Da dieser Wert im Rahmen der Berechnung in der Einheit Punkte verwendet wird, aber in der Satzart Formblatt 3 in Euro ausgewiesen ist, ist er

mit dem im jeweiligen Quartal geltenden regionalen Punktwert $PW_{KV,Q}^J$ in die Einheit Punkte umzurechnen.

3. Anzahl der Versicherten

Die Anzahl der Versicherten $ANZ_{KV,Q}^J$ wird der arztseitigen Lieferung der Satzart KASSRG87aMGV entnommen. Diese Datenlieferung erfolgt für die Jahre 2012 und 2013 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

4. Bereinigungsbeträge

Die Bereinigungsbeträge wegen selektivvertraglich erbrachten Leistungen für die Jahre 2012 und 2013 werden den gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ggf. unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung, erfolgten anlassbezogenen Datenlieferungen entnommen. Die dort in der Einheit Euro ausgewiesenen Werte sind vor dem Eingang in die Berechnung mit dem im jeweiligen Quartal geltenden regionalen Punktwert $PW_{KV,Q}^J$ in die Einheit Punkte umzurechnen.

Für das Jahr 2013 erhält man den Differenzbereinigungsbetrag DBB_{KV}^{2013} insgesamt als Summe über die Differenzbereinigungsbeträge pro Quartal.

Für das Jahr 2012 erhält man den durchschnittlichen (oder mittleren) Bereinigungsbetrag $MBB_{KV,Q}^{2012}$ aus dem Bereinigungsbetrag für das Quartal Q geteilt durch die Anzahl der Versicherten $ANZ_{KV,Q}^{2012}$.

5. Abgrenzung der MGV

Die Abgrenzung der MGV erfolgt grundsätzlich gemäß der Datengrundlage ARZTRG87aREG gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Diese wird ggf. aufgrund ihres Jahresbezugs entsprechend der unterjährigen Anpassungen der Abgrenzung der MGV durch die Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses (beispielweise Psychotherapie) durch das Institut des Bewertungsausschusses korrigiert.

6. Abgerechneter Leistungsbedarf

Die Eingabegrößen zum abgerechneten Leistungsbedarf werden basierend auf den in den Datenlieferungen in der Satzart ARZTRG87aKA ausgewiesenen abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung ermittelt. Die Lieferung dieser Satzart erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Aus der Satzart ARZTRG87aKA wird der abgerechnete Leistungsbedarf laut regionaler Euro-Gebührenordnung verwendet, der dort quartalsweise für jeden KV-Bezirk aufgeschlüsselt bis auf die Ebene einzelner Gebührenordnungspositionen einschließlich Angaben zum Leistungssegment und zur Bewertung der Leistungen in Punkten oder Euro vorliegt. Leistungen, die im Rahmen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs aufgrund von Ausnahmeereignissen oder im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme erbracht wurden, sind in den Datenlieferungen der Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI gekennzeichnet bzw. ausgewiesen und gehen nicht mit die Berechnung ein.