

B E S C H L U S S

**des Erweiterten Bewertungsausschusses
nach § 87 Abs. 4 SGB V
in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018**

**über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu
verwendende Klassifikationsmodell
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
sowie
zu Untersuchungsaufträgen an das Institut des
Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der
Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das
zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen
Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu
verwendende Klassifikationsmodell
mit Wirkung zum 21. August 2018**

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2018 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V festzulegen.

Auf der Grundlage der Festlegungen in Teil A dieses Beschlusses ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses für jeden KV-Bezirk jeweils eine demografische sowie eine diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2019. Die Ermittlung erfolgt mit einer Frist zum 7. September 2018.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu verwendenden Klassifikationsmodells

Teil B: Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell

Anlage: Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2016 in Nr. 2.2.5 von Teil A dieses Beschlusses

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu verwendenden Klassifikationsmodells

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

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2019 setzt auf der Version p12a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 434. Sitzung am 3. Juli 2018 freigegeben hat. Grundlage hierfür ist die im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) in Verbindung mit Teil B Nr. 2 beschlossene Vorgabe, dass der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die jährliche Weiterentwicklung des Klassifikationssystems der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikogruppen freigibt und dass gemäß § 87a Abs. 5 SGB V das geltende Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und weiterentwickelt werden kann. Die Weiterentwicklung setzt dabei auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 13. April 2018 erhoben wurde. Die Bezugnahme auf Felder in den Satzarten der Geburtstagsstichprobe erfolgt für alle drei Berichtsjahre 2014 bis 2016 gemäß der Nummerierung dieser Felder in den Satzartbeschreibungen im Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 und des Bewertungsausschusses in seiner 374. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 13. April 2018 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 13. April 2018 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2014 bis 2016 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.

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

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresbezogen für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für

diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt.

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

- Enthält das Feld 08 nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 4. April 2018) ihren Sitz hat.

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

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

2.2.2 Kappung der Versichertentage

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

2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale

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

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird für die gemäß Feld 09 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.

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage dieses Beschlusses festgelegt. Hierzu wird jede abgerechnete Gebührenordnungsposition zuerst dem zugehörigen Leistungssegment und dann der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) oder der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Nur der auf die MGV-Segmente entfallende Leistungsbedarf aus 2016 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich. Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2019 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2019 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2019 zu erfolgen hat und passt die Anlage entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2016 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale des Leistungsjahres gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

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

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer

Ein Versicherter, der gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2015 und 2016 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2015 und 2016 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

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

Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden gemäß Nr. 4.3 separate Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.

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

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

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2014 und im Leistungsjahr 2016 Versicherten für die Kalibrierungsmenge ausgewählt, die in beiden Jahren gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2014 bis 2016 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2014 bis 2016 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, bei denen in mindestens einem Datensatz der Jahre 2014 bis 2016 der Satzart 201 das Feld 08 den Wert „AUSLA“ enthält und die darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

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

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

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

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

1. In den Jahren 2015 und 2016 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie einem in Nr. 2.2.8 genannten KV-Bezirk zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.1 für sämtliche Quartale der Jahre 2015 und 2016 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 2015 bis 2016 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, bei denen in mindestens einem Datensatz der

Jahre 2015 bis 2016 der Satzart 201 das Feld 08 den Wert „AUSLA“ enthält und die darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

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

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2015 und 2016 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland (Wohnausländer) werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 4. April 2018) verwendet. Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden zur Ermittlung der jeweiligen Veränderungsraten jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. Zusätzlich erfolgt in allen KV-Bezirken eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern (Kennzeichen WA). Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet. Die DHF werden auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in den gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken, abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische, nach Alters- und Geschlechtsgruppen und nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, für Nicht-Wohnausländer gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl der jeweiligen KV gemäß der Satzart ANZVER87a gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung im Zusammenhang mit der Schnittstellenbeschreibung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung sowie gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in

seiner 369. Sitzung und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden dabei der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 4. April 2018) verwendet.

Die DHF für die Jahre $t = 2015, 2016$ berechnen sich wie folgt:

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

wobei

$$N_{AG,WA}^{t,KV} = \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,WA}^{t,KV} \cdot A_{WA}^{t,KV},$$

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

und

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

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

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ werden nach Absatz 1 der Nr. 2.7 bestimmt ($t = 2015, 2016$ und $WA = \text{Wohnausländer}$ bzw. $\text{Nicht_Wohnausländer}$). Dabei gilt ein Versicherter bei der Ermittlung der Anzahl der Versicherten quartale in der Anwendungsmenge in einem Jahr als Wohnausländer, wenn in mindestens einem Datensatz des Jahres in der Satzart 201 das Feld 08 den Eintrag „AUSLA“ enthält.

$\text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{AG,WA}^{t,KV}$ berechnet sich als Mittelwert über die vier Quartale des jeweiligen Jahres, für das Jahr 2015 aus der Summe von Feld 17 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte) und Feld 20 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen) der Satzart ANZVER87a gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und für das Jahr 2016 aus der Summe von Feld 21 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte) und Feld 24 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen) der Satzart ANZVER87a_IK gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung. Versichertenbezogene DHF ($DHF_i^{\text{Jahr},KV}$) ergeben sich als die der Alters- und

Geschlechtsgruppe sowie der KV- und Wohnausländer-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

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

Um die Versicherten, die an einem anderen Vertrag als einem Vertrag gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben oder deren Vertragstyp unbekannt ist (zusammen als „nicht-nur-§ 73b-Versicherte“ bezeichnet) im Rahmen der demografischen Hochrechnung zu berücksichtigen, ist für die „nur-§ 73b-Versicherten“ noch ein Korrekturfaktor $K_{AG}^{Jahr, KV}$ für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV gemäß Nr. 2.2.8 und jedes Jahr $t = 2015, 2016$ erforderlich:

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

mit

$n_{AG, i}^{t, KV}$: Anzahl der Versichertenjahre (nach Quartalen gebildet, wie in Nr. 2.7) für das Kollektiv i mit $i = nicht_nur_73b$ bzw. $i = nur_73b$ und $t = 2015, 2016$

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

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

3. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten

Die Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten stellt den ersten Schritt für die Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsrate dar. Im zweiten Schritt erfolgt hiermit die Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems. Im dritten Schritt werden diese Morbiditätsindizes in diagnosebezogene Veränderungsrate umgerechnet. Die Bestimmung der Morbiditätsindizes und der daraus berechneten Veränderungsrate erfolgt spezifisch für jeden KV-Bezirk mit den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den KV-spezifischen Abgrenzungen der Anwendungsmenge.

Die Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 und entsprechend des Beschlusses des

Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in einem zweijährig-prospektiven Modell.

Grundlage ist ein gewichtetes multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2016 jedes Versicherten gemäß Nr. 2.2.5, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge. Die Gewichtung jedes Versicherten im Regressionsmodell findet mit der Anzahl seiner Versicherten quartale im Leistungsjahr statt.

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

3.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p12a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Alle genannten Gruppen zusammen werden im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Diese unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2014 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2016, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable werden zunächst zur Bestimmung der ökonomischen Relevanz der HCCs vorläufige Relativgewichte durch eine gewichtete multiple lineare Regression bestimmt. Die ökonomische Relevanz jeder HCC wird ermittelt als das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Relativgewicht und der Anzahl der Versicherten im Jahre 2014 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

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

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

3.2 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien

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

1. Bei negativen Relativgewichten von RHCCs:
 - a. Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte aus Nr. 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein positives Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)
2. Bei insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:

- a. Die HCC mit dem größten p-Wert innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige p-Werte aus Nr. 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
- b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

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

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

3. 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 jedem Ausschluss eine erneute Regression durchgeführt.

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

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

Nach der Kalibrierung verbleiben stets THCC, RHCC und AGG mit positiven und signifikanten Relativgewichten im Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikoklassen des Klassifikationsmodells bezeichnet.

3.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die als Ergebnis der Kalibrierung resultierenden Risikoklassen bilden als unabhängige Variablen mit dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten

Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable das abschließende Regressionsmodell. Die auf der Kalibrierungsmenge mit der abschließenden Regression gemäß Nr. 3.2 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige bundeseinheitliche Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendet.

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

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

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

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

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

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

Die dort zunächst für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer getrennt durchgeführten Berechnungen werden mit dem im Jahr 2016 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2016 gewichtet zusammengeführt.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Relative Risikowerte

Die Berechnung relativer Risikowerte ($\hat{y}_{i,VB}^{t,KV}$) für jeden Versicherten i der Anwendungsmenge für die Jahre $t = 2015, 2016$ erfolgt mit der Formel

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

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

Hierbei sind

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

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

$x_{i,j,\text{Nicht-HA}}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV im Jahr t , wobei die Risikoklassen nur aufgrund der nicht-hausärztlichen Diagnosen sowie des Alters und Geschlechts gebildet werden ($VB = \text{Nicht-HA}$). Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, von der in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM abgerechnet wurde.

KV : Kennzeichnung des KV-Bezirks, für den der Risikowert gebildet wird, entsprechend der Wohnortzuordnung des Versicherten i im Jahr t

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

4.2 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2016 wird für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2016 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4 mit Wohnort im KV-Bezirk unter

Anwendung der versichertenbezogenen demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_i^{2016,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN16 \cap KV} LB_Punkte_i^{2016,MGV} \cdot DHF_i^{2016,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2016,MGV} \cdot DHF_i^{2016,KV}}$$

mit

KV : ausgewählter KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 (bzw. Versicherte im Jahr 2016 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, die dem ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden)

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

$LB_Punkte_i^{2016,MGV}$: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i in Punkten gemäß Nr. 2.2.5

$SVTN16$: SV-Teilnehmer im Jahr 2016 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6

4.3 Morbiditätsindex

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

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2015, 2016$ je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel

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

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

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

wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

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

4.4 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten 2015/2016

4.4.1 Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen

Datengrundlage für die Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen ist die nach Nr. 2.5 abgegrenzte Versichertenmenge.

Die Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen erfolgt für Schlüsselnummern der ICD-10-GM in der jeweils gültigen Fassung (sog. ICD-Kodes). Es werden nur die ICD-Kodes eines Versicherten verwendet, die mit dem Klassifikationssystem p12a in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Versicherten sowie dem Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit klassifizierbar sind.

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

Von der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen ausgeschlossen sind ICD-Kodes, die in eine hierarchisierte Risikokategorie (HCC) führen, die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018 im Zusammenhang mit einem überproportionalen Anstieg von Akuterkrankungen genannt sind (HCC002, HCC003, HCC004, HCC005, HCC006, HCC112, HCC113 und HCC115). Ebenso werden ICD-Kodes, die in die HCC201 (NonCW-CC) und die HCC202 (Hierarchisch

niedrigste Symptom-CC) führen, sowie die ICD-Kodes I87.2, N18.1, N18.2 und E55.9 nicht berücksichtigt.

Je KV-Bezirk und je ICD-Kode wird unter Verwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7, der Korrekturfaktoren gemäß Nr. 2.8 und der Anzahl der Versicherten quartale gemäß Nr. 2.2.3 jahresweise die hochgerechnete Prävalenz auf der Anwendungsmenge wie folgt bestimmt:

$$p_{ICD}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in KV} (x_{i,ICD}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})}{\sum_{i \in KV} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})},$$

wobei t für das Jahr, KV für den jeweiligen KV-Bezirk und ICD für den jeweiligen ICD-Kode steht, sowie $x_{i,ICD}^{t,KV} = 1$, wenn der jeweilige ICD-Kode bei dem Versicherten i vorliegt und $x_{i,ICD}^{t,KV} = 0$ sonst.

Für einen ICD-Kode ICD mit $p_{ICD}^{2015,KV} > 0$ wird die relative Prävalenzänderung vom Jahr 2015 nach 2016 im KV-Bezirk KV definiert als

$$vr_{ICD}^{KV} = \frac{p_{ICD}^{2016,KV} - p_{ICD}^{2015,KV}}{p_{ICD}^{2015,KV}}.$$

Die Prävalenzänderung eines ICD-Kodes ICD in dem KV-Bezirk KV wird als außergewöhnlich ermittelt, wenn seine Prävalenz in den beiden Jahren 2015 und 2016 jeweils mindestens 0,325% beträgt und der Betrag seiner relativen Prävalenzänderung vom Jahr 2015 auf 2016 größer als 35% ist, d.h. wenn $p_{ICD}^{2015,KV} \geq 0,00325$, $p_{ICD}^{2016,KV} \geq 0,00325$ und $|vr_{ICD}^{KV}| > 0,35$ gilt.

4.4.2 Bestimmung der Anteile zur Änderung der Einzelbeiträge aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen

In Abhängigkeit eines nach Nr. 4.4.1 ermittelten außergewöhnlichen Prävalenzanstieges oder Prävalenzrückganges werden Anteile zur Änderung der Einzelbeiträge aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen je KV bestimmt:

- Für alle Risikoklassen, denen nach Nr. 4.4.1 ermittelte ICD-Kodes mit außergewöhnlichen Prävalenzanstiegen in einem KV-Bezirk zugeordnet sind, wird der Anteil $A_j^{2016,KV}$ der Versicherten, die ausschließlich aufgrund einer dieser ICD-Kodes die Risikoklasse j zugeordnet bekommen haben, an allen Versicherten mit der betrachteten Risikoklasse j im KV-Bezirk im Jahr 2016 bestimmt:

$$A_j^{2016,KV} = \frac{\sum_{i \in KV} (z_{i,j}^{2016,KV} \cdot AVQ_i^{2016,KV} \cdot DHF_i^{2016,KV} \cdot K_i^{2016,KV})}{\sum_{i \in KV} (x_{i,j}^{2016,KV} \cdot AVQ_i^{2016,KV} \cdot DHF_i^{2016,KV} \cdot K_i^{2016,KV})}$$

wobei $x_{i,j}^{2016,KV}$ die Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV im Jahr 2016 ist und $z_{i,j}^{2016,KV} = 1$, wenn der Versicherte i die Risikoklasse j im Jahr 2016 ausschließlich aufgrund eines ICD-Kodes mit außergewöhnlichem Prävalenzanstieg zugeordnet bekommen hat und $z_{i,j}^{2016,KV} = 0$ sonst.

- Für alle Risikoklassen, denen nach Nr. 4.4.1 ermittelte ICD-Kodes mit außergewöhnlichen Prävalenzrückgängen in einem KV-Bezirk zugeordnet sind, wird der Anteil $A_j^{2015,KV}$ der Versicherten, die ausschließlich aufgrund einer dieser ICD-Kodes die Risikoklasse j zugeordnet bekommen haben, an allen Versicherten mit der betrachteten Risikoklasse j im KV-Bezirk im Jahr 2015 bestimmt:

$$A_j^{2015,KV} = \frac{\sum_{i \in KV} (z_{i,j}^{2015,KV} \cdot AVQ_i^{2015,KV} \cdot DHF_i^{2015,KV} \cdot K_i^{2015,KV})}{\sum_{i \in KV} (x_{i,j}^{2015,KV} \cdot AVQ_i^{2015,KV} \cdot DHF_i^{2015,KV} \cdot K_i^{2015,KV})}$$

wobei $x_{i,j}^{2015,KV}$ die Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV im Jahr 2015 ist und $z_{i,j}^{2015,KV} = 1$, wenn der Versicherte i die Risikoklasse j im Jahr 2015 ausschließlich aufgrund eines ICD-Kodes mit außergewöhnlichem Prävalenzrückgang zugeordnet bekommen hat und $z_{i,j}^{2015,KV} = 0$ sonst.

Die demografische Hochrechnung erfolgt dabei analog zur Bestimmung der Morbiditätsindizes und Prävalenzen der ICD-Kodes in Nr. 4.3 und Nr. 4.4.1 mit demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7, Korrekturfaktoren gemäß Nr. 2.8 und der Anzahl der Versichertenquartale gemäß Nr. 2.2.3.

4.4.3 Berechnung der Einzelbeiträge der Risikoklassen zur diagnosebezogenen Veränderungsrate

Der Beitrag einer Risikoklasse j zum Morbiditätsindex gemäß Nr. 4.3 wird als Partialindex bezeichnet und für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer mit

$$PI_{j,gesamt}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} (\hat{\beta}_j \cdot x_{i,j,VB}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}$$

bestimmt, während für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke

$$PI_{j,Nicht-HA}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN_mur_73b} (\hat{\beta}_j \cdot x_{i,j,VB}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})}{\sum_{i \in SVTN_mur_73b} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV})}$$

verwendet wird, wobei die Bezeichnungen aus Nr. 4.1 und 4.3 benutzt werden. Der Einzelbeitrag der j-ten Risikoklasse zur diagnosebezogenen Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird mit

$$v_{j,VB}^{KV} = \frac{PI_{j,VB}^{2016,KV} - PI_{j,VB}^{2015,KV}}{\bar{y}_{VB}^{2015,KV}}$$

berechnet, wobei $\bar{y}_{VB}^{2015,KV}$ der Morbiditätsindex aus Nr. 4.3 und VB der Index des Versorgungsbereichs ist.

4.4.4 Änderung der Einzelbeiträge aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen

Falls nach Nr. 4.4.2 ein Anteil $A_{2016,j,KV}$ bestimmt wurde, werden mit Hilfe dieser Anteile die Faktoren

$$a_{j,VB}^{2016,KV} = \begin{cases} 1 - A_j^{2016,KV}, & \text{falls } v_{j,VB}^{KV} > 0 \\ 1 + A_j^{2016,KV}, & \text{falls } v_{j,VB}^{KV} < 0 \end{cases}$$

bestimmt, mit denen die Einzelbeiträge $v_{j,VB}^{KV}$ aus Nr. 4.4.3 multipliziert werden, um die aufgrund außergewöhnlicher Prävalenzanstiege geänderten Einzelbeiträge

$$\tilde{v}_{j,VB}^{KV} = a_{j,VB}^{2016,KV} \cdot v_{j,VB}^{KV}$$

zu erhalten. Ebenso werden, falls nach Nr. 4.4.2 ein Anteil $A_{2015,j,KV}$ bestimmt wurde, die Faktoren

$$a_{j,VB}^{2015,KV} = \begin{cases} 1 + A_j^{2015,KV}, & \text{falls } v_{j,VB}^{KV} > 0 \\ 1 - A_j^{2015,KV}, & \text{falls } v_{j,VB}^{KV} < 0 \end{cases}$$

bestimmt, mit denen aufgrund außergewöhnlicher Prävalenzrückgänge geänderte Einzelbeiträge

$$\tilde{v}_{j,VB}^{KV} = a_{j,VB}^{2015,KV} \cdot v_{j,VB}^{KV}$$

berechnet werden. Liegen für eine Risikoklasse in einer KV sowohl $A_{2016,j,KV}$ als auch $A_{2015,j,KV}$ vor, so wird

$$\tilde{v}_{j,VB}^{KV} = a_{j,VB}^{2015,KV} \cdot a_{j,VB}^{2016,KV} \cdot v_{j,VB}^{KV}$$

bestimmt. Liegen dagegen für eine Risikoklasse in einer KV keine außergewöhnlichen Prävalenzänderungen, also weder $A_j^{2016,KV}$ noch $A_j^{2015,KV}$ vor, so wird der Einzelbeitrag zur diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht geändert, indem

$$\tilde{v}_{j,VB}^{KV} = v_{j,VB}^{KV}$$

verwendet wird. Insbesondere werden die Einzelbeiträge der AGG nicht verändert.

4.4.5 Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

Zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate werden die Einzelbeiträge der Risikoklassen, die in Nr. 4.4.4 aufgrund außergewöhnlicher Prävalenzänderungen geändert wurden, aufaddiert. In den KV-Bezirken, für die gemäß Nr. 2.2.8 keine separaten Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet werden, wird die diagnosebezogene Veränderungsrate mit

$$VR_{2015 \rightarrow 2016}^{KV} = \sum_{j=1}^r \tilde{v}_{j,gesamt}^{KV}$$

berechnet, während in den nach Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken

$$VR_{2015 \rightarrow 2016}^{KV} = G_{KV} \cdot \sum_{j=1}^r \tilde{v}_{j,Nicht-HA}^{KV} + (1 - G_{KV}) \cdot \sum_{j=1}^r \tilde{v}_{j,gesamt}^{KV}$$

verwendet wird.

5. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

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

Auf Basis des Lebensalters in 2014 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2016 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

6. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsrate

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsrate erfolgt auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 in der dort beschriebenen KV-spezifischen

Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 5 werden für die Jahre 2015 und 2016 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres im jeweiligen KV-Bezirk geteilt. Es resultieren die Demografieindizes für die Jahre 2015 und 2016. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2016 zum Demografieindex des Jahres 2015 abzüglich 1.

7. Transparenz der durchgeführten Berechnungen

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

1. Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten
2. demografische Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7
3. Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ aus Nr. 2.8
4. eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß der Anlage berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen, jeweils mit Angabe des zugehörigen Leistungssegments
5. Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2
6. nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht, sowie nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern gemäß KM6-Statistik gegliederte Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6
7. die Liste der ICD-Kodes mit außergewöhnlichen Prävalenzänderungen mit deren Prävalenzen gemäß Nr. 4.4.1, die Anteile zur Änderung der Einzelbeiträge gemäß Nr. 4.4.2, die Einzelbeiträge zur diagnosebezogenen Veränderungsrate gemäß Nr. 4.4.3 und die Faktoren zur Änderung der Einzelbeiträge gemäß Nr. 4.4.4.

Darüber hinaus stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die Häufigkeiten der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2 in den beiden Jahren der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 vor und nach Anwendung der Hochrechnungs- und Korrekturfaktoren (DHF sowie K) nach KV-Bezirk getrennt für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer zur Verfügung.

8. Untersuchungsauftrag an das Institut des Bewertungsausschusses zur Berücksichtigung der Selektivvertragsteilnehmer

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, Weiterentwicklungsvorschläge zur Berücksichtigung der Selektivvertragsteilnehmer bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate zu erstellen und zu bewerten. Insbesondere soll überprüft werden, welche Alternativen es zur aktuellen Berechnung von zwei getrennten Veränderungsrate für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer und der anschließenden gewichteten Zusammenführung der beiden Raten gibt und inwiefern diese Alternativen zu einer zielgenaueren Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die diagnosebezogene Veränderungsrate führen können. Das Institut legt dem Bewertungsausschuss die Ergebnisse bis 30. April 2019 vor. Der Bewertungsausschuss wird die Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells einbeziehen.

Teil B

Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2020 zu verwendende Klassifikationsmodell

Das Institut des Bewertungsausschusses wird von der AG Grouperanpassung grundsätzlich nur einvernehmlich mit Untersuchungen und deren Priorisierungen beauftragt. Einseitige Beauftragungen mit spezifischen Untersuchungen und dazugehörigen Priorisierungen sind für die Zeit vom 1. September 2018 bis zum 31. August 2019 möglich. Der Umfang derselben ist unverändert gegenüber der Festlegung in Teil B des Beschlusses zum Klassifikationsmodell des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung und beträgt jeweils bis zu 10% der im Institut des Bewertungsausschusses für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vorgesehenen Arbeitskapazitäten bezogen auf den Stand vom 1. September 2017. Hierbei wird die Ausgestaltung der Abarbeitung der Arbeitsaufträge durch das Institut des Bewertungsausschusses wie folgt geregelt:

1. Die jeweiligen Arbeitsaufträge (inkl. aller Ergänzungen und Spezifikationen daran) an das Institut werden der jeweils anderen Seite parallel, z.B. per E-Mail, zur Kenntnis gegeben. Die Aufgaben sollen grundsätzlich eine selbständige Bearbeitung durch das Institut ermöglichen.
2. Die Ergebnisse des Instituts werden in jedem Fall sowohl der Ärzteseite als auch der Kassenseite zur Verfügung gestellt und unterliegen dem Vertraulichkeitsgebot für Unterlagen des Bewertungsausschusses.
3. Die jeweiligen Untersuchungsaufträge, ihr Bearbeitungsstand, der geschätzte und tatsächliche Bearbeitungsaufwand sowie die einzelnen Ergebnisse sind durch das Institut zu dokumentieren und in den Sitzungen der AG Grouperanpassung regelmäßig zu berichten.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses führt einen Nachweis zum Umfang der Arbeiten an den einseitig beauftragten Untersuchungen. Die Einhaltung der maximalen Arbeitsvolumina ist vom Institut des Bewertungsausschusses verbindlich zu beachten.

Anlage

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018

Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2016 in Nr. 2.2.5 von Teil A dieses Beschlusses

Code	Bezeichnung ¹⁾	MGV/EGV
RA	Leistungen ohne LSK	MGV
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2)	MGV
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)	MGV
2	Regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36 (mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 (mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373), des Abschnitts 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706), Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Abschnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)	EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750 bis 01758, 40850 und 40852)	EGV
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)	EGV
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)	EGV
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)	EGV
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11301X, 11302X, 11311X**, 11312X**, 11320X**, 11320Z**, 11321X**, 11321Z**, 11322X**, 11322Z**, 11330X**, 11331X**, 11332X**, 11333X**, 11334X**, 11351X, 11352X, 11354X**, 11360X**, 11361X**, 11370X**, 11371X**, 11372X**, 11380X**, 11390X**, 11391X**, 11395X**, 11396X**, 11400X**, 11401X**, 11403X**, 11404X**, 11410X**, 11411X**, 11412X**, 11420X**, 11421X**, 11422X**, 11430X**, 11431X**, 11432X**, 11433X**, 11434X**, 11440X**, 11441X**, 11442X**, 11443X**, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)	EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)	MGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)	EGV
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150P und 35150Q)	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622)	EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV- infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860** und 40862**)	EGV
PAH	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865** bis 40868**)	EGV
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870** und 40872**)	EGV
H1N1	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740** und 88741**)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV
NEP	Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 mit Ausnahme der GOP 13594, 13596, 13597 und 13620 bis 13622)	EGV
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 sowie GOP 04040D, 04230D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E**, 04011E**, 04012E**, 04013E**, 04014E**, 04015E**, 04110E**, 04111E**, 04112E**, 04120E**, 04121E**, 04122E**, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I**, 04011I**, 04012I**, 04013I**, 04014I**, 04015I**, 04110I**, 04111I**, 04112I**, 04120I**, 04121I**, 04122I**, 04040J**, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L**, 04111L**, 04112L**, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04040M**, 04110M**, 04111M**, 04112M**, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N**, 04011N**, 04012N**, 04013N**, 04014N**, 04015N**, 04040N**, 04110N**, 04111N**, 04112N**, 04120N**, 04121N**, 04122N**, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O**, 04111O**, 04112O**, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P**, 04011P**, 04012P**, 04013P**, 04014P**, 04015P**, 04110P**, 04111P**, 04112P**, 04120P**, 04121P**, 04122P**, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q**, 04111Q** und 04112Q**)	EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 sowie GOP 30936 und 30937)	EGV
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 sowie GOP 30960, 30961, 86770**, 86772**, 86774**, 86776**, 86778**, 86780**, 86781**, 86782** und 86784**)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822)	EGV
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)	EGV
KAPS	Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426)	EGV
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373)	EGV
NAEPA	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 03060, 03062 und 03063)	MGV
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)	EGV
ZPFG	Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222)	EGV
XOFIGO	Kostenpauschale für Sachkosten im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid (GOP 40582)	EGV
SOZIOTH	Verordnung der Soziotherapie (GOP 30810 und 30811)	EGV
PSYGESPR	Psychotherapeutisches Gespräch (GOP 22220, 23220)	MGV
PETCT	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 sowie GOP 40584)	EGV
SGDV	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
HUMA	Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11304, 11449, 11514, 19406, Abschnitt 19.4.2 sowie GOP 19412, 19422 und 19427, Abschnitt 19.4.4 sowie GOP 19457, 19458 und 19459, GOP 32865 und 32911)	EGV
DELEG	Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200 und 38205)	EGV
KOOP	Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Abschnitt 37.2)	EGV
HK	Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306)	EGV
MEDPLAN	Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701)	EGV
PALLIAT2	Hausärztliche palliativmedizinische Versorgung (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 sowie GOP 03374 und 04374)	EGV
MEDREHA	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)	EGV

*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A, 12, PROB und KNEP, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.

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