

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2025 zu
verwendende Klassifikationsmodell
gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V**

sowie

**zum Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-
Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 567. Sitzung**

sowie

**zur Bereinigung der Kodiereffekte, die insbesondere durch die
Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen
nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung
der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen**

mit Wirkung zum 31. Juli 2024

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2024 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V festzulegen.

Das Institut des Bewertungsausschusses ermittelt gemäß Teil A für jeden KV-Bezirk jeweils eine demografische sowie eine diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2025.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 mit Wirkung für das Jahr 2022 darüber hinaus beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a

Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt, sowie dass in diesem Fall ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen anzuwenden ist.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird in Teil B der Umgang mit Doppelzahlungen im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2022 geregelt.

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 SGB V ein Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte zu beschließen, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen. In Teil C wird diese Vorgabe umgesetzt.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V

Teil B: Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung

Teil C: Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen

Anlage: Liste der nicht einzubeziehenden Leistungen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2022 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2024 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V

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

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2025 setzt auf der Version p18a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 498. Sitzung am 4. Juni 2024 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 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2024 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der rechnerischen diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 24. April 2024 erhoben wurde. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019 erhobenen

selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 24. April 2024 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 24. April 2024 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2020 bis 2022 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. Hiervon abweichend werden die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Datensätze in der Satzart 201 dennoch herangezogen, wenn sie im zweiten Quartal 2022 mindestens einen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 oder in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die in Feld 14 (Kennzeichen Betreute) der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

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

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

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

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

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

diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 (Versicherten-Stammdaten) in der Datengrundlage vorliegt.

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

- Enthält das Feld 08 (Postleitzahl des Wohnortes) nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 (Gesamtvertragszuständige KV) angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 (Kassensitz-IK) der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 29. Februar 2024) ihren Sitz hat.

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

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

2.2.2 Kappung der Versichertentage

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

zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Versicherten, die im zweiten Quartal 2022 keinen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 und in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 keinen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen, wird die Zahl der Versichertentage im dritten Quartal 2022 zudem auf maximal 30 Tage begrenzt.

2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale

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

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

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

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

Dieser Leistungsbedarf in Punkten wird für Leistungen, die gemäß Feld 12 der Satzart 210 (Wert 3) im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen (hier: SARS-CoV-2) gekennzeichnet sind, mit den zu berücksichtigenden Anteilen aus Teil B multipliziert. Der jeweils zu verwendende Anteil wird über das Quartal und den gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk ausgewählt.

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage dieses Beschlusses festgelegt. Nur Leistungen, die gemäß dieser Anlage nicht der extrabudgetären Vergütung (EGV) zuzuordnen sind, werden berücksichtigt. Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2025 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2025 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2025 zu erfolgen hat und passt ggf. die Anlage entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2022 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versichertenquartale des Leistungsjahres gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

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

2.2.7 Identifikation von Wohnausländern

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 29. Februar 2024) ihren Sitz im gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert "AUSLA", so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

2.2.8 Jahresbezogenes Alter eines Versicherten

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

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

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

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2020 und im Leistungsjahr 2022 versicherten 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 2020 bis 2022 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 2020 bis 2022 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2020 bis 2022 als Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.7 identifiziert wurden und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

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

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

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

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

1. In den Jahren 2021 und 2022 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. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2021 und 2022 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2021 bis 2022 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2021 bis 2022 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.7 und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

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

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2021 und 2022 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: 29. Februar 2024) 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 Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische, nach Alters- und Geschlechtsgruppen und nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, für Nicht-Wohnausländer gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl der jeweiligen KV gemäß der Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden dabei der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 29. Februar 2024) verwendet.

Die DHF für die Jahre $t = 2021, 2022$ 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 auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 für die Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik bestimmt ($t = 2021, 2022$ und $WA = \text{Wohnausländer}$ bzw. $\text{Nicht_Wohnausländer}$), wobei Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.7 identifiziert werden.

$\text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{AG,WA}^{t,KV}$ berechnet sich als Mittelwert über die vier Quartale des jeweiligen Jahres aus der Summe von Feld 21 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte) und Feld 24 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen) der Satzart ANZVER87a_IK.

Versichertenbezogene DHF ($DHF_i^{\text{Jahr},KV}$) ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV- und Wohnausländer-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

3. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten

Die Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten stellt den ersten Schritt für die Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten dar. Im zweiten Schritt erfolgt

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

Die Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 und entsprechend dem Beschluss 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 2022 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 p18a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Alle genannten Gruppen zusammen werden im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Die Risikokategorie HCC201 (NonCW-CC), die sogenannte Non-Cost-Weight-CC, wird dabei nicht in das Modell aufgenommen. Alle weiteren, unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2020 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2022, 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

2020 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

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

THCCs und RHCCs bilden, mit Ausnahme der RHCC024 (Organsystem „Krankheiten und Zustände bei 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 Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, berechnet. Eventuell auftretende negative oder insignifikante ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) Relativgewichte komprimierter Risikokategorien werden innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

1. Bei negativen Relativgewichten von RHCCs:

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten sind insbesondere die Prävalenzen der Risikoklassen und die Morbiditätsindizes zu bestimmen.

Die Prävalenz einer Risikoklasse bestimmt sich aus der hochgerechneten Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge, denen diese Risikoklasse zugeordnet ist, dividiert durch die hochgerechneten Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge.

Bei der Ermittlung der Risikoklassen für Versicherte der Anwendungsmenge werden Diagnoseangaben aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ (Wert 2401 in Feld 04 der Satzart 211) ausgeschlossen.

Die Morbiditätsindizes berechnen sich KV-spezifisch als mit den Relativgewichten gewichtete Summe der Prävalenzen der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Prävalenzen der Risikoklassen

Die Berechnung der mit der Zahl der Versichertenquartale im jeweiligen Jahr und den demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 gewichteten Prävalenzen ($p_j^{t,KV}$) je KV-Bezirk und für jede Risikoklasse j für die Jahre $t = 2021, 2022$ erfolgt mit der Formel

$$p_j^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in AM} (x_{i,j}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in AM} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}$$

Hierbei sind

- AM*: Versicherte des Jahres t in der Anwendungsmenge
- $x_{ij}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV, im Jahr t
- $AVQ_i^{t,KV}$: Anzahl der Versichertenquartale 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
- KV*: Kennzeichnung des KV-Bezirks, dem der Versicherte i im Jahr t entsprechend Nr. 2.2.1 zugeordnet ist

4.2 Morbiditätsindex

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2021, 2022$ je KV-Bezirk erfolgt entsprechend der Formel

$$\bar{y}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j p_j^{t,KV},$$

wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

- $\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse des Klassifikationsmodells mit $j = 1, \dots, r$ (einschl. Alters- und Geschlechtsgruppen) gemäß Nr. 3.3
- $p_j^{t,KV}$: Prävalenz je Risikoklasse mit $j = 1, \dots, r$, bezogen auf das Jahr t , gemäß Nr. 4.1
- r : Anzahl der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung gemäß Nr. 3.1 und Kalibrierung gemäß Nr. 3.2

4.3 Ermittlung von rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2021/2022

Die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten des Jahres 2021 zum Jahr 2022 erfolgt je KV-Bezirk mit der Formel

$$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2022,KV}}{\bar{y}^{2021,KV}} - 1.$$

4.4 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten aus Teil C

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns, sind die Daten der Jahre 2020 und 2021 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Um die Veränderung der Morbiditätsstruktur dennoch sachgerecht abzubilden, werden die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 verkettet und die empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2023 und 2024 berücksichtigt.

Die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 und 2020/2021 werden mit den Festlegungen und der Datengrundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 und 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) neu berechnet, wobei Diagnoseangaben aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ (Wert 2401 in Feld 04 der Satzart 211) in der jeweiligen Anwendungsmenge ausgeschlossen werden.

So werden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten aus Teil C mit der folgenden Formel bestimmt:

$$VR_{diag,2025}^{KV} = \frac{(1 + VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV})}{(1 + VR_{diag,2023}^{KV}) \cdot (1 + VR_{diag,2024}^{KV})} - 1$$

mit

$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$: rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022, Neuberechnung unter Ausschluss der Radiologie

$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$: rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Neuberechnung unter Ausschluss der Radiologie

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$: rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.3

$VR_{diag,2023}^{KV}$: Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 604. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

$VR_{diag,2024}^{KV}$: Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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 2020 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2022 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

6. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsraten erfolgt auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 in der dort beschriebenen KV-spezifischen Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 5 werden für die Jahre 2021 und 2022 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 2021 und 2022. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2022 zum Demografieindex des Jahres 2021 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 gemäß Nr. 2.3 und 2.5 jeweils berücksichtigten Versicherten,
2. demografische Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß Nr. 4,
3. eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß der Anlage berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen,

4. nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht, sowie nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern gemäß KM6-Statistik gegliederte Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6,
5. rechnerische diagnosebezogene Veränderungsraten 2021/2022 gemäß Nr. 4.3,
6. rechnerische diagnosebezogene Veränderungsraten 2019/2020 und 2020/2021 gemäß Nr. 4.4,
7. Liste der Pseudonyme für die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Versicherten, die im zweiten Quartal 2022 mindestens einen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 oder in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen, und daher nach Nr. 2.1 nicht ausgeschlossen werden,
8. Liste der Pseudonyme für die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Versicherten, die im zweiten Quartal 2022 keinen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 und in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 keinen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen, und für die die Zahl der Versichertentage im dritten Quartal 2022 nach Nr. 2.2.2 auf maximal 30 Tage begrenzt wird,
9. Korrekturbeträge des Morbiditätsindex für das Jahr 2022 gemäß Teil C.

Dabei werden Daten, die den KV-Bezirk enthalten, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusätzlich in nach KV-Bezirk aufgeteilter Form bereitgestellt. Darüber hinaus stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die Häufigkeiten der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2 in den beiden Jahren der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 vor und nach Anwendung der Hochrechnungsfaktoren (DHF) sowie ggf. die erwarteten Prävalenzen gemäß Teil C nach KV-Bezirk sowie die Relativgewichte der diagnosebezogenen Risikoklassen vor und nach der Kompression zur Verfügung; dies erfolgt analog auch für die gemäß Nr. 4.4 neu berechneten rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2019/2020 und 2020/2021. Außerdem setzt das Institut des Bewertungsausschusses für die Trägerorganisationen bei den Listen nach Ziffer 1. in den beiden Jahren der Anwendungsmenge nach Nr. 2.5 jahresweise die Anzahl Versichertenquartale und eine Wohnausländer-Kennzeichnung (gemäß der Definition bei der Bestimmung der Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ in Nr. 2.7) hinzu.

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

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

Protokollnotiz:

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 665. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird bis zum 31. August 2024 dahingehend angepasst, dass die Lieferung von Diagnosen aus Selektivverträgen in der Satzart 005 sowie die Lieferung der Kennzeichnungen von Leistungen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart 210_NVI auch für das Berichtsjahr 2023 bis zum 15. November 2024 an das Institut des Bewertungsausschusses erfolgt.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, auf Grundlage der Geburtstagsstichprobe 2023 und der Diagnosedaten der Selektivvertragsteilnehmer für die Jahre 2021 bis 2023 die für den zweiten Untersuchungsschritt nach der Protokollnotiz des Beschlusses aus der 656. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) festgelegten Auswertungen zu wiederholen. Dazu können auch vorläufig freigegebene Daten ohne Berücksichtigung von noch ausstehenden Korrekturlieferungen verwendet werden. Die Ergebnisse sind der AG Grouperanpassung bis zum 31. Januar 2025 vorzulegen.

Auf der Grundlage dieser Auswertungsergebnisse und ggf. der Ergebnisse weiterer einvernehmlicher Auswertungsaufträge ist bis zum 20. Mai 2025 über den Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2026 zu entscheiden. Bei Nichteinigung ist eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen.

Teil B

Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung

Für den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2022 ist gemäß Nr. 3.2 des Beschlusses aus der 567. Sitzung des Bewertungsausschusses am 4. August 2021 ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen anzuwenden. Diese Vorgabe wird umgesetzt, indem der Leistungsbedarf im Jahr 2022, der als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie nach Verrechnung mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs vergütet wurde, bei der Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Teil A Nr. 2.2.5 ausgeschlossen wird.

Hierzu werden Leistungen, die in Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 gekennzeichnet sind, nur anteilig berücksichtigt. Der Anteil ergibt sich für das erste und zweite Quartal 2022 aus den Unterschreitungsbeiträgen, die je KV und Quartal durch den Leistungsbedarf der gekennzeichneten Leistungen geteilt werden.

Die Unterschreitungsbeiträge wurden gemäß Nr. 2 Ziffer 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022 zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie im Jahr 2022 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs berechnet.

Als Datengrundlage für den Leistungsbedarf wird die Satzart ARZTRG87aKA, die für das Berichtsjahr 2022 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geliefert wurde, herangezogen. Der Leistungsbedarf laut regionaler Euro-Gebührenordnung (Feld 15, LB_EURO_GO) der gekennzeichneten Leistungen (Feld 11, NVA_Kennzeichen) wird je Abrechnungsquartal (Feld 04) und gesamtvertragszuständiger KV (Feld 05) aufsummiert.

So ergeben sich die folgenden bei der Bestimmung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Teil A Nr. 2.2.5 zu berücksichtigenden Anteile der als nicht vorhersehbarer Anstieg gekennzeichneten Leistungen:

KV-Bezirk	Anteil 2022/1	Anteil 2022/2
Schleswig-Holstein	29,15%	28,15%
Hamburg	0,00%	0,00%
Bremen	29,37%	16,90%
Niedersachsen	18,87%	20,77%
Westfalen-Lippe	21,37%	29,66%
Nordrhein	0,00%	0,00%
Hessen	6,44%	10,14%
Rheinland-Pfalz	6,07%	9,27%
Baden-Württemberg	9,30%	0,16%
Bayern	18,56%	12,39%
Berlin	0,00%	0,00%
Saarland	31,66%	77,49%
Mecklenburg-Vorpommern	33,97%	53,15%
Brandenburg	19,57%	1,23%
Sachsen-Anhalt	19,77%	0,13%
Thüringen	20,62%	50,71%
Sachsen	24,81%	51,17%

Teil C

Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte zu beschließen, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen.

Der Bewertungsausschuss hat für das Jahr 2022 in den folgenden KV-Bezirken Kodiereffekte in den Prävalenzen der folgenden diagnosebezogenen Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung gemäß Teil A Nr. 3.1 und Kalibrierung gemäß Teil A Nr. 3.2 festgestellt:

KV-Bezirk	Risikoklassen
Schleswig-Holstein	THCC071, THCC076
Hamburg	THCC076
Bremen	RHCC022
Niedersachsen	THCC071, THCC076
Westfalen-Lippe	THCC071, THCC076
Nordrhein	THCC071, THCC076
Hessen	THCC071, THCC076, RHCC004, RHCC018
Rheinland-Pfalz	keine
Baden-Württemberg	THCC071, THCC076
Bayern	THCC076
Berlin	THCC076
Saarland	keine
Mecklenburg-Vorpommern	THCC071, THCC076
Brandenburg	THCC076

KV-Bezirk	Risikoklassen
Sachsen-Anhalt	keine
Thüringen	THCC076
Sachsen	THCC071, THCC076

Für diese KV-Bezirke werden die Prävalenzen für das Jahr 2022 gemäß Teil A Nr. 4.1 der von Kodiereffekten betroffenen Risikoklassen wie folgt bereinigt.

Für die ausgewählten KV-Bezirke und Risikoklassen wird eine erwartete Prävalenz für das Jahr 2022 ($\hat{p}_j^{2022,KV}$) aus den historischen Prävalenzen der Jahre 2017 bis 2021, ausgenommen das Jahr 2020, mit einem linearen Regressionsmodell geschätzt. Dabei werden die historischen Prävalenzen analog zu Teil A Nr. 4.1 bestimmt.

Je KV-Bezirk werden die mit den zugehörigen Relativgewichten gewichteten Differenzen der erwarteten Prävalenz und der Prävalenz summiert, um den jeweiligen Korrekturbetrag des Morbiditätsindex für das Jahr 2022 zu erhalten:

$$\delta^{2022,KV} = \sum_{j \in M} \hat{\beta}_j \cdot (\hat{p}_j^{2022,KV} - p_j^{2022,KV}).$$

Hierbei sind

- M : im entsprechenden KV-Bezirk von Kodiereffekten betroffene Risikoklassen
- $\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j des Klassifikationsmodells gemäß Teil A Nr. 3.3
- $\hat{p}_j^{2022,KV}$: erwartete Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2022 im entsprechenden KV-Bezirk
- $p_j^{2022,KV}$: Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2022 im entsprechenden KV-Bezirk gemäß Teil A Nr. 4.1

Die diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025 werden mit der folgenden Formel um Kodiereffekte bereinigt:

$$VR_{diag,2025}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2025}^{KV} + \frac{(1 + VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV})}{(1 + VR_{diag,2023}^{KV}) \cdot (1 + VR_{diag,2024}^{KV})} \cdot \frac{\delta^{2022,KV}}{\bar{y}^{2021,KV}}$$

mit

- $VR_{diag,2025}^{KV}$: diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten gemäß Teil A Nr. 4.4
- $VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$: rechnerische Veränderungsrate gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022, Neuberechnung unter Ausschluss der Radiologie
- $VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$: rechnerische Veränderungsrate gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Neuberechnung unter Ausschluss der Radiologie
- $VR_{diag,2023}^{KV}$: Veränderungsrate gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 604. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- $VR_{diag,2024}^{KV}$: Veränderungsrate gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- $\bar{y}^{2021,KV}$: Morbiditätsindex des Jahres 2021 gemäß Teil A Nr. 4.2

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Liste der nicht einzubeziehenden Leistungen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2022 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A

Code	Bezeichnung ^{*)}
2	Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230) sowie bundesweit und regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 (mit Ausnahme der in anderen Segmenten aufgeführten GOP ≥ 80000 sowie mit Ausnahme der GOP 86902** bis 86905** und 88122)
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36 (mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373), des Abschnitts 31.5 EBM sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431 und GOP 40680)
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6 EBM)
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 EBM (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705, 01706 und 01710), Abschnitt 1.7.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746), Abschnitt 1.7.3.2 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.1 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM, Abschnitt 1.7.4 EBM sowie GOP 01730**, 01733** und 32880 bis 32882)
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750 bis 01758, 40850 und 40852)
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)

Code	Bezeichnung^{*)}
9	Strahlentherapie (Kap. 25 (mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230 und 25335, 25336) sowie GOP 40840** und 40841**)
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, 08536X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540, 08540X, 08541**, 08541X**, 08542**, 08542X**, 08570**, 08570X**, 08571**, 08571X**, 08572**, 08572X**, 08573**, 08573X**, 08574**, 08574X**, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11311X**, 11312X**, 11320X**, 11320Z**, 11321X**, 11321Z**, 11322X**, 11322Z**, 11330X**, 11331X**, 11332X**, 11333X**, 11334X**, 11351X, 11352X, 11354X**, 11360X**, 11361X**, 11370X**, 11371X**, 11372X**, 11380X**, 11390X**, 11391X**, 11395X**, 11396X**, 11400X**, 11401X**, 11403X**, 11404X**, 11410X**, 11411X**, 11412X**, 11420X**, 11421X**, 11422X**, 11430X**, 11431X**, 11432X**, 11433X**, 11434X**, 11440X**, 11441X**, 11442X**, 11443X**, 11501X, 11502X, 11503X, 11506X, 11508X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535X, 08550, 08550X, 08551**, 08551X**, 08552**, 08552X**, 08555X, 08558X, 08560**, 08560X**, 08561** und 08561X**)
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01949 bis 01953 und 01960)
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM sowie GOP 80502**, 80512**, 80522**, 80532**, 80542 und 80552)
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150D, 35150P, 35150Q, 35150R, 35150T** und 35150V**)
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14 EBM)
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622)

Code	Bezeichnung^{*)}
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860** und 40862**)
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)
NEP	Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972)
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOP 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E**, 04011E**, 04012E**, 04013E**, 04014E**, 04015E**, 04110E**, 04111E**, 04112E**, 04120E**, 04121E**, 04122E**, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I**, 04011I**, 04012I**, 04013I**, 04014I**, 04015I**, 04110I**, 04111I**, 04112I**, 04120I**, 04121I**, 04122I**, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L**, 04111L**, 04112L**, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04110M**, 04111M**, 04112M**, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N**, 04011N**, 04012N**, 04013N**, 04014N**, 04015N**, 04110N**, 04111N**, 04112N**, 04120N**, 04121N**, 04122N**, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O**, 04111O**, 04112O**, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P**, 04011P**, 04012P**, 04013P**, 04014P**, 04015P**, 04110P**, 04111P**, 04112P**, 04120P**, 04121P**, 04122P**, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q**, 04111Q** und 04112Q**)
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937)

Code	Bezeichnung^{*)}
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie GOP 30960 und 30961)
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822**)
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)
KAPS	Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426)
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373)
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)
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)
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)
PETCT	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM sowie GOP 40584)
SGDV	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
HUMA	Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11304**, 11449**, 11601, 19406**, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457, 19458 und 19459, GOP 32865 und 32911)
DELEG	Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207)
KOOP	Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM)
HK	Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306)

Code	Bezeichnung^{*)}
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)
TELEKONSIL	Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM)
RTCGM	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360)
VIDEO	Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01444, 01450, 01451, 40128 und 40129)
PSYTHER	Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152)
LASEREPIL	Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328)
PALLIAT1	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307)
CANNABIS	Verordnung von Cannabis (GOP 01460, 01461 und 01626)
HLA	HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948, 32949 und 32950)
BOTOX	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08311U, 08312, 08313, 26310T, 26310U, 26311T, 26311U, 26316, 26317 und 40161)
NFDM	Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642)
NOSOKOM	Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektion (GOP 01650)
MEDREHA	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01613)
HBO	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218)
FFR	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301)

Code	Bezeichnung^{*)}
ESWT	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440)
VERSORGPL	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400)
LABORSPEZ	Laborleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 32867 und 32868)
RIBOFLAVIN	Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681)
BETREUSPEZ	Beobachtungs- und Betreuungsleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01514, 01516, 01517 und 01540 bis 01545)
HIVPREP	HIV-Präexpositionsprophylaxe (Abschnitt 1.7.8 EBM)
TSSZUSCHL	Nach Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie Zusatzpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 1 bis 4 und Abs. 2c Satz 3 Nrn. 1 bis 4i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V bei Terminvermittlung oder Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen durch die Terminservicestelle (GOP 01322, 01323, 01710, 03010 bis 03015, 04010 bis 04015, 05228, 05910 bis 05912, 06228, 06910 bis 06912, 07228, 07910 bis 07912, 08228, 08910 bis 08912, 09228, 09910 bis 09912, 10228, 10910 bis 10912, 11228, 11910 bis 11912, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 13910 bis 13912, 13920 bis 13922, 13930 bis 13932, 13940 bis 13942, 13950 bis 13952, 13960 bis 13962, 13970 bis 13972, 13980 bis 13982, 13990 bis 13992, 14218, 14910, 14911, 15228, 15910 bis 15912, 16228, 16910 bis 16912, 17228, 18228, 18910 bis 18912, 20228, 20910 bis 20912, 21236, 21237, 21910 bis 21912, 21920 bis 21922, 22228, 22910 bis 22912, 23228, 23229, 23910 bis 23912, 24228, 24910 bis 24912, 25228 bis 25230, 26228, 26910 bis 26912, 27228, 27910 bis 27912, 30705)

Code	Bezeichnung^{*)}
HAZUSCHL	Zuschläge auf Versichertenpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 5 i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (GOP 03008 und 04008)
HIVLABOR	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850)
OCT	Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339)
BIOMARKER	Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19501**, 19502**, 19503 bis 19506)
LIPOSUKT	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III (GOP 40165)
COVID19	Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 02402, 12221**, 32779, 32811**, 32816 und 40101**)
PNEUMOSPEZ	Pneumologische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 04538, 13678, 40167)
ENDOSKOPIE	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffixen, abgerechnet werden (GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M)
VAKUUM	Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903)
TELEKONS2	Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672)
TTF	Einsatz von Tumortherapiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM)
EPA	Erstbefüllung und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOP 01431, 01647, 01648 und 88270**)
DIGA	Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (GOP 01470 bis 01472, 86700 und 86701)
INFUSSPEZ	Infusionstherapeutische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 02102)

Code	Bezeichnung^{*)}
KRYO	Leistungen der Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM sowie GOP 01510K, 01511K, 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K und 33090K)
LDRBRACHY	Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (GOP 25335 und 25336)
UKPRSCH	Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe (GOP 30900U, 30901U, 30902 und 30905)
PSYGRUPP	Förderung der Gruppenpsychotherapie (GOP 01410K, 01413K, 35163D/K/N/R bis 35168D/K/N/R, 35163M/O/P/Q bis 35169M/O/P/Q, 35173 bis 35179)
PAEDPSYCH	Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V (Abschnitt 14.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 14216 bis 14218, 14910 und 14911) sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314)
TELEMON	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910)
TPGBERAT	Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG (GOP 01480)
HYPOSPEZ	Leistungen der Hyposensibilisierungsbehandlung, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 30133 und 30134)
ZM8	Zweitmeinungsverfahren einschließlich Einleitung - Eingriff: Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (GOP 01645H)
KVPSYCH	Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen (Abschnitt 37.5 EBM) sowie psychotherapeutische Gespräche, die häufiger als 15 Mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden (GOP 22220M/Y und 23220M/Y)
AKI	Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Abschnitt 37.7 EBM sowie GOP 09315A und 13662A/K)
KARDIO1	Leistungen der invasiven Kardiologie (GOP 01521, 34291 und 34292)
KARDIO2	Leistungen der externen elektrischen Kardioversion (GOP 05310E, 05341E, 33022E und 33023E)

Code	Bezeichnung^{*)}
LABORAUFTTR	Laborgrundpauschalen für bestimmte Auftragsleistungen (GOP 01700 und 01701)
KJNVA	Zuschlag für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das 4. Quartal 2022 und das 1. Quartal 2023 (GOP 01110)

- *) Insoweit zu den einzelnen aufgeführten Gebührenordnungspositionen keine konkreten Suffixe genannt sind, können diese beliebige Suffixe aufweisen.
- ***) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen; Nachtragsfälle sind möglich.