

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V

mit Wirkung zum 15. August 2014

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2014 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 einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung festzulegen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Bestandteile des Klassifikationsmodells und die notwendigen Festlegungen seiner Ausgestaltung, einschließlich der Festlegung des Umgangs mit Versicherten, die in den Jahren 2010 bis 2012 in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren (sog. Selektivvertragsteilnehmer), beschrieben. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Zugleich werden in Nr. 5 und Nr. 6 des vorliegenden Beschlusses auch die Vorgaben zur Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V festgelegt.

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

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur setzt auf der Version p08a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 388. Sitzung am 3. Juni 2014 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 309. Sitzung am 26. Juni 2013 beschlossenen und durch Beschluss in seiner 313. Sitzung am 19. August 2013 ergänzten Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2014 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 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde.

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 9. April 2014 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2010 bis 2012 herangezogen, sofern für diese Personen gemäß Eintrag in Feld 13 der Satzart 201 keine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V (sog. Betreute) vorliegt; für die Qualitätssicherung der Kennzeichnung selektivvertraglicher Teilnahme sowie die Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 237. und 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen bis zum 20. Juni 2014 und den bis zur vorbehaltlichen Freigabe dieser Daten (2. Juli 2014) festgelegten Ausschlusskennzeichen an diesen Daten einbezogen. Die Qualitätssicherung der selektivvertraglichen Teilnahmedaten wurde zum 17. Juli 2014 abgeschlossen; weitere Ausschlusskennzeichen wurden nicht erforderlich. Darüber hinaus werden auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von Null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

Für die weitere Modellgestaltung wird auf der verwendeten Datengrundlage die Kalibrierungsmenge zur Ermittlung von Relativgewichten für die diagnosebezogenen

Veränderungsraten sowie der Relativgewichte für die demografischen Veränderungsraten festgelegt. Darüber hinaus wird auf der verwendeten Datengrundlage eine Anwendungsmenge zur Ermittlung von Morbiditätsindizes und diagnosebezogenen Veränderungsraten festgelegt. Die Anwendungsmenge zur Ermittlung von Demografieindizes und demografischen Veränderungsraten 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 jahresspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen:

Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d.h. einen Wert, der in der von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt.
- Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, 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: 2. Juli 2014) ihren Sitz hat.

Bei der 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 Versichertenquartale

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

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung berechnet. Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage 1 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 2012 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich. Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2015 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2015 zu erfolgen hat und passt Anlage 1 entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2012 (Leistungsjahr) 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,

1. wenn diese Person mindestens einen Datensatz in der Satzart 201 aufweist, der in Feld 12 die Kennzeichnung für einen selektivvertraglichen Abrechnungsweg außerhalb der KV oder nicht feststellbarem Abrechnungsweg dokumentiert hat oder
2. wenn mindestens ein Datensatz mit ihrer Personen-ID in der Satzart 004 der selektivvertraglichen Teilnahmedaten gemäß Nr. 2.1 vorliegt.

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)

Ein Versicherter, der gemäß Definition 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2011 und 2012 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherte definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2011 und 2012 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

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 eingegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2010 und im Leistungsjahr 2012 Versicherten für die Kalibrierungsmenge ausgewählt, die in beiden Jahren gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Kalibrierungsmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2010 bis 2012 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

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. Es werden nur die Versicherten mit Versichertenzeit in den Jahren 2011 und/oder 2012 ausgewählt. Dabei werden jedoch jahresspezifisch Versicherte nicht ausgewählt, die im jeweiligen Jahr nicht gestorben sind und weniger als 120 Tage Versichertenzeit aufweisen und für die in keinem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. In die Anwendungsmenge werden alle längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 aufgenommen sowie die längsschnittlichen SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern, die gemäß Satzart 004 in Verbindung mit Satzart 001 der selektivvertraglichen Teilnahmedaten gemäß Nr. 2.1 für sämtliche Quartale der Jahre 2011 und 2012 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar 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 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2011 und 2012 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland 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: 2. Juli 2014) verwendet.

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. Die DHF werden auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in Baden-Württemberg oder Bayern, abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische und nach Alters- und Geschlechtsgruppen untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a der jeweiligen KV und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Die DHF berechnen sich wie folgt:

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

wobei

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

und

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

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Jahr}$ werden nach Absatz 1 der Nr. 2.7 bestimmt.

Versichertenbezogene DHF ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

2.7.1 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 $K_{AG,KV,Jahr}$ für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV und jedes Jahr erforderlich:

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

mit

$n_{i,AG,KV,Jahr}$: 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 $Jahr = 2011, 2012$

Falls $n_{nur_73b,AG,KV,Jahr} = 0$, dann wird $K_{AG,KV,Jahr}$ auf Null gesetzt.

Versichertenbezogene Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden Korrekturfaktoren der 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. In einem zweiten Schritt erfolgt hiermit die Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems. In einem 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 Relativgewichte erfolgt auf der bundesweiten Kalibrierungsmenge und entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in einem 2-jährig-prospektiven Modell.

Grundlage ist ein gewichtetes multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2012 (Leistungsjahr) jedes Versicherten gemäß Nr. 2.2.5, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge. Die Gewichtung jedes Versicherten im Regressionsmodell findet mit seiner Anzahl der Versichertenquartale 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 3.2.

3.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p08a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), wobei die beiden AGG für 0-5-Jährige jeweils in eine AGG für Nulljährige und eine AGG für 1-5-Jährige aufgeteilt werden. 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 2010 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2012, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängiger 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 2010 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 ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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 Abschnitt 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 Abschnitt 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 -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 bundesweiter Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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 bundesweite 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 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 der Anwendungsmenge 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. Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen, für die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine hausärztlichen 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 KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern getrennt für die Versichertenmenge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer und die Versichertenmenge der längsschnittlichen SV-Teilnehmer. Zur Berücksichtigung der spezifischen Morbidität der längsschnittlichen SV-Teilnehmer wird in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Quotient der Morbiditätsindizes der Jahre 2012 und 2011 abzüglich eins für die beiden Versichertenmengen als Komponente getrennt bestimmt.

Diese Komponenten werden mit dem im Jahre 2012 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2012 gewichtet aufsummiert, um die Veränderungsrate für den jeweiligen KV-Bezirk zu bestimmen.

In den anderen KV-Bezirken berechnen sich die diagnosebezogenen Veränderungsraten als Quotient der Morbiditätsindizes 2012 zu den jeweiligen Morbiditätsindizes 2011 abzüglich eins.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Relative Risikowerte

Die Berechnung relativer Risikowerte für jeden Versicherten i der Anwendungsmenge für die Jahre t = 2011, 2012 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=gesamt, d.h. alle Diagnosen des entsprechenden Versicherten werden berücksichtigt, und VB=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 Geschlechtsklassen). Die bundeseinheitlichen Relativgewichte werden gemäß der Festlegung in Nr. 3.3 bestimmt.

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

$x_{i,j,Nicht-HA}^{t,KV}$: 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=Nicht-HA). Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Satzart 211 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 05 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine hausärztliche Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

KV: Kennzeichnung des KV-Bezirktes, 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 2012 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

der SV-Teilnehmer im Jahr 2012, abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_i^{2012,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN12 \cap KV} LB_EuroGO_i^{2012,MGV} \cdot DHF_i^{2012,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_EuroGO_i^{2012,MGV} \cdot DHF_i^{2012,KV}}$$

mit

KV: KV Baden-Württemberg, KV Bayerns

und

G_{KV} : Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil) für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

$LB_EuroGO_i^{2012,MGV}$: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i nach Euro-Gebührenordnung (Satzart 210 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 11 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses)

SVTN12: SV-Teilnehmer im Jahr 2012 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6

4.3 Morbiditätsindex

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV-Bezirk und Jahr (und für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern 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. Die längsschnittlichen Selektivvertragsteilnehmer der Anwendungsmenge werden dabei zunächst auf alle Selektivvertragsteilnehmer der Stichprobe mit den Korrekturfaktoren gemäß Nr. 2.7.1 hochgerechnet.

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2011, 2012$ je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel:

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

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern 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 gemäß Nr. 2.7.1

4.4 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate 2011/2012

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate des Jahres 2011 zum Jahr 2012 erfolgt für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern mit der Formel:

$$VR_{2011 \rightarrow 2012}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2012,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2011,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2012,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2011,KV}} - 1 \right)$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2011 \rightarrow 2012}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2012,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2011,KV}} - 1$$

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 2010 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2012 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versicherten quartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versicherten quartalen 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 2011 und 2012 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 2011 und 2012. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2012 zum Demografieindex des Jahres 2011 abzüglich 1.

7. Transparenz der durchgeführten Berechnungen

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen in Abstimmung mit der AG IT des Bewertungsausschusses Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten, die demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 und Korrekturfaktoren aus Nr. 2.7.1, eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß Anlage 1 berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen, die verwendeten Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2 sowie die nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht gemäß KM6-Statistik gegliederten Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

Darüber hinaus erfolgt eine Neuauslieferung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 – 2012 (GSPR), gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in Verbindung mit dem durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 40. Sitzung geänderten Pseudonymisierungsverfahren vom 25. Juni 2014 mit den folgenden Änderungen gegenüber der bestehenden Beschlusslage:

1. Der Inhalt des Feldes 09 der Satzart DS201 kodiert quartalsweise wie folgt die Teilnahme des Versicherten an Selektivverträgen: „0“ = keine Teilnahme an einem Selektivvertrag, „1“ = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen ausschließlich nach § 73b SGB V, „2“ = Teilnahme an mindestens einem anderen Selektivvertrag als nach § 73b SGB V oder einem unbekanntem Selektivvertrag.
2. Der Inhalt des Feldes 10 der Satzart DS201 kodiert quartalsweise wie folgt den selektivvertraglichen Abrechnungsweg: Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „0“ im Feld 09 erhalten im Feld 10 den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivvertragsteilnehmer mit Abrechnungsweg

über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird das Feld 10 leer („NULL“) übermittelt. Die Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „1“ oder „2“ im Feld 09 erhalten im Feld 10 den Wert „2“ bzw. „3“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Geburtstagsstichprobe dokumentiert wurde, dass der Abrechnungsweg nicht über die KV erfolgte („2“) bzw. unbekannt ist („3“), sonst erhalten diese Datensätze im Feld 10 den Wert „1“. Werden für die GSPR mehrere Datensätze der Geburtstagsstichprobe mit unterschiedlichen Abrechnungswegen zu einem Versicherten, einem Institutionskennzeichen und einem Quartal zusammengefasst, so wird der erste auftretende Wert entsprechend der Reihenfolge „2“, „3“, „1“, „NULL“ übernommen.

3. Der Inhalt des Feldes 12 der Satzart DS201 ist die dem Versicherten zugeordnete KV-Nummer, die nach dem in Nr. 2.2.1 dieses Beschlusses beschriebenen Verfahren bestimmt wurde.

8. Anpassung der Vorgaben zur Berichtslegung

Die Vorgaben zur Berichtslegung in Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 werden geändert, indem Satz 3 in Nr. 1 lit. d) mit Wirkung zum 31. August 2013 wie folgt neu gefasst wird: „Der Bericht zum 31. August eines Jahres soll darüber hinaus die mit dem beschlossenen Klassifikationssystem vorgenommene Bestimmung der diagnosebezogenen morbiditätsbedingten Veränderungsdaten dokumentieren und die jeweils verwendeten geltenden Zuordnungstabellen, Relativgewichte und Prävalenzen in maschinell verarbeitbarer Form als Anlagen bereitstellen.“.

Protokollnotizen:

Die in diesem Beschluss getroffenen Festlegungen zum Umgang mit Betreuten, Unterjährigen und Neugeborenen stellen kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2015 dar.

In Vorbereitung der Festlegungen für das im Jahr 2015 zu verwendende Klassifikationsmodell und in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen insbesondere die im Folgenden formulierten Auswertungen vorzunehmen.

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells den Einfluss von sog. Ausreißern in der Geburtstagsstichprobe auf das Klassifikationsmodell zu untersuchen. Im Rahmen der Analysen zum Regressionsmodell ist ein Verfahren zur Identifizierung von Versicherten zu entwickeln, deren Ausprägungen der Risikokategorien und/oder der Leistungsbedarfe als Ausreißer bzgl. des Regressionsmodells im Rahmen der

Bestimmung der Relativgewichte gelten. Dazu ist insbesondere im Rahmen einer ergänzenden Qualitätssicherung der Datengrundlage zu prüfen, ob mögliche Datenfehler als Ursache ausgeschlossen werden können. Sofern für Datenfehler keine Anhaltspunkte festgestellt werden, sind geeignete Maßzahlen für den Einfluss von Ausreißern auf die Relativgewichte und die Schätzgenauigkeit des Klassifikationsmodells heranzuziehen bzw. zu entwickeln und anhand dieser der Einfluss der sog. Ausreißer zu beurteilen. Für diese sog. Ausreißer sind anschließend Methoden zu deren gesonderter Berücksichtigung im Regressionsmodell zu entwickeln. Hierbei sind insbesondere der Ausschluss, die Trunkierung und die Gewichtung von Ausreißern auf ihre Eignung zur Erhöhung der Schätzgenauigkeit, der Stabilität und der Robustheit des Klassifikationsmodells zu untersuchen.

2. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells den Umgang mit unterjährig Versicherten zu untersuchen. Hierbei ist insbesondere zwischen den Ursachen für Unterjährigkeit (z. B. Lieferlücke, „tatsächliche“ unterjährige Versichertenzeit) zu unterscheiden, um insbesondere festzustellen, ob mit der Unterjährigkeit eine unvollständige Erfassung der Morbidität verbunden ist. Sofern Datenprobleme als Ursache identifiziert werden, sind Vorschläge für eine verbesserte Datenerhebung und -zusammenführung zu entwickeln. Es ist anschließend bei Versicherten mit „tatsächlicher“ unterjähriger Versichertenzeit zu prüfen, welchen Einfluss Versicherte, die in einem der bei der Bestimmung von Morbiditätsindizes verwendeten Jahre nicht durchgängig versichert und in dem entsprechenden Jahr weder geboren noch verstorben sind, auf die Schätzgenauigkeit des Klassifikationsmodells haben, inwieweit sich hieraus aufgrund von Unterschieden zwischen den beiden berücksichtigten Jahren Verzerrungen der gemessenen Veränderungsdaten ergeben und wie diese ggf. vermieden werden können. Hierzu sind insbesondere eine gesonderte Berücksichtigung sowie ein Ausschluss dieser Versicherten vergleichend zu bewerten und zu prüfen, ob das im Klassifikationsmodell des Jahres 2014 angewandte Verfahren ggf. weiterentwickelt werden kann. Für Neugeborene eines Jahres soll zusätzlich untersucht werden, in welchem Ausmaß deren Risikokategorien aufgrund fehlender Versichertennummern in den Abrechnungsdaten unvollständig sind und wie das im Klassifikationsmodell des Jahres 2014 angewandte Verfahren ggf. weiterentwickelt werden kann.
3. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, das Verfahren und die dabei einbezogenen Datengrundlagen der demografischen Hochrechnung der Geburtstagsstichprobe auf die Grundgesamtheit der gesetzlich Versicherten zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln. Insbesondere soll geprüft werden, ob sich das Hochrechnungsverfahren durch Einbeziehung von weiteren Referenzdaten sachgerecht ergänzen und verbessern lässt. Es ist zu untersuchen, ob es Alternativen zur bzw. Ergänzungen der KM6-Statistik gibt, so dass die Genauigkeit

der Hochrechnung verbessert werden kann. Insbesondere ist zu untersuchen, ob für Versicherte, die in einem Vertrag nach §§ 73b, 73c, 140a SGB V eingeschrieben sind, sowie für unterjährig Versicherte eigene Hochrechnungsverfahren zu entwickeln sind.

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Leistungssegmentliste für die Berechnung des MGV- Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2012 nach Nr. 2.2.5 dieses Beschlusses

Code	Bezeichnung ^{*)}	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 \geq 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, GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	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

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 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, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 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
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

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
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_KM87a	Probatorische Sitzungen (GOP 35150)	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL- Apherese (GOP 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
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 Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 ohne GOP 13622)	EGV
KNEP_KM87a	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11)	EGV
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (GOP 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782 und 86784)	EGV

- *) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A und 12, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.
- ***) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungssegmente; Nachtragsfälle sind möglich.