

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

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017**

#### **zur Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen auf der Bundesebene und der Ebene des KV-Bezirks in Vorbereitung der Festlegung der Berechnungsvorgaben zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 mit Wirkung zum 29. März 2017**

---

#### **Präambel**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 31. Mai 2017 durch den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die bis dahin erfolgte jährliche Weiterentwicklung der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikogruppen freizugeben und bis zum 30. Juni 2017 durch den Bewertungsausschuss das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu verwendende Klassifikationsverfahren gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V festzulegen.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird das Institut des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen von Diagnosen bzw. ggf. der Prävalenzänderung zugehöriger Risikokategorien beauftragt. Dazu werden nähere Vorgaben festgelegt. Dieser Beschluss dient zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

#### **1. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen beauftragt. Die Durchführung erfolgt für jeden KV-Bezirk und für die Bundesebene. Die Ergebnisse nach den in Nr. 2 festgelegten Vorgaben sind der Arbeitsebene, insbesondere der AG medizinische Grouperanpassung und der AG Grouperanpassung, spätestens drei Wochen nach der Freigabe der festgelegten Datengrundlage zur Verfügung zu stellen.

Datengrundlage für die Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen ist die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2014 und 2015 in der Abgrenzung entsprechend der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate (Anwendungsmenge) gemäß Nr. 2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2017 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Als Freigabetermin gilt die Freigabe des Berichtszeitraums 2013 bis 2015 gemäß Abschnitt I von Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Die Klassifikation der Versicherten in der Anwendungsmenge erfolgt mit der Version p10a des Klassifikationssystems (KS87a).

Die ermittelten Ergebnisse sind getrennt für die Bundesebene und die Ebene des KV-Bezirks darzustellen. Dabei sind jeweils der Diagnosecode und die zugehörige hierarchisierte Risikokategorie (HCC) aufzuführen und dazu jeweils die betreffenden hochgerechneten absoluten Anzahlen der Versicherten mit dem Diagnosecode bzw. der zugehörigen hierarchisierten Risikokategorie sowie die entsprechenden prozentualen Veränderungen des Diagnosecodes bzw. der zugehörigen hierarchisierten Risikokategorie vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015 anzugeben.

## **2. Festlegungen zur Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen**

Die Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen erfolgt sowohl für Schlüsselnummern der ICD-10-GM in der jeweils gültigen Fassung (sog. ICD-Kodes) als auch für die hierarchisierten Risikokategorien (HCC) des Klassifikationssystems (KS87a). Die Ermittlung erfolgt abgegrenzt nach KV-Bezirken und für das gesamte Bundesgebiet.

Für jeden KV-Bezirk sowie für das gesamte Bundesgebiet wird für alle ICD-Kodes, sowie für die zugehörigen HCCs unter Verwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 jahresweise die hochgerechnete Häufigkeit auf der Anwendungsmenge bestimmt. Diese Häufigkeit wird mit  $n_{k_i}^{R,t}$  bezeichnet, wobei  $t$  für das Jahr,  $R$  für den jeweiligen KV-Bezirk bzw. das gesamte Bundesgebiet und  $k_i$  für einen ICD-Code ( $k = icd$ ) bzw. für eine HCC ( $k = hcc$ ) steht. Mit  $n^{R,t}$  wird die Anzahl der Versicherten in  $R$  im Jahr  $t$  bezeichnet.

Für einen ICD-Code bzw. eine HCC  $k_i$  mit  $n_{k_i}^{R,t} > 0$  wird die relative Prävalenzänderung vom Jahr  $t$  nach  $t + 1$  definiert als

$$vr_{k_i}^R = \frac{n_{k_i}^{R,t+1} - n_{k_i}^{R,t}}{n_{k_i}^{R,t}}$$

Für jeden KV-Bezirk bzw. für das gesamte Bundesgebiet  $R$  ist der Interquartilsabstand  $IQR_k^R$  für  $k = icd, hcc$  die Differenz des 75%-Quantils  $Q_{75\%,k}^R$  und des 25%-Quantils der Verteilung der relativen Prävalenzänderungen  $(vr_{k_i}^R)_{i \in I_k}$ , wobei  $I_k = \{i | n_{k_i}^{R,t} > p_k \cdot n^{R,t} \text{ und } n_{k_i}^{R,t+1} > p_k \cdot n^{R,t+1}\}$  die Indizes der Diagnosen bzw. HCCs enthält, die in den Jahren  $t$  und  $t + 1$  bei mehr als  $p_{icd} = 0,25\%$  bzw.  $p_{hcc} = 0,50\%$  der Versicherten in  $R$  vorkommen.

Die Prävalenzänderung eines ICD-Kodes  $icd_i$  in  $R$  wird als außergewöhnlich berichtet, wenn gilt:

- i. Mehr als 0,25 % der Versicherten in  $R$  haben in den Jahren  $t$  und  $t + 1$  den ICD-Kode  $icd_i$  kodiert bekommen.
- ii. Die relative ICD-Kode-Prävalenzänderung ist
  - a. kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$vr_{icd_i}^R < Q_{25\%,icd}^R - 3 \cdot IQR_{icd}^R$$

oder

- b. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$vr_{icd_i}^R > Q_{75\%,icd}^R + 3 \cdot IQR_{icd}^R$$

Des Weiteren wird eine Prävalenzänderung in  $R$  als außergewöhnlich berichtet, wenn für den jeweiligen ICD-Kode  $icd_i$  und für mindestens eine zugehörige HCC  $hcc_j$  gilt:

- i. Mehr als 0,25 % der Versicherten in  $R$  haben in den Jahren  $t$  und  $t + 1$  den ICD-Kode  $icd_i$  kodiert bekommen.
- ii. Die relative ICD-Kode-Prävalenzänderung ist
  - a. größer oder gleich der Differenz aus dem 25%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands und kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$Q_{25\%,icd}^R - 3 \cdot IQR_{icd}^R \leq vr_{icd_i}^R < Q_{25\%,icd}^R - 1,5 \cdot IQR_{icd}^R$$

oder

- b. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands und kleiner oder gleich der Summe aus dem 75%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$Q_{75\%,icd}^R + 1,5 \cdot IQR_{icd}^R < vr_{icd_i}^R \leq Q_{75\%,icd}^R + 3 \cdot IQR_{icd}^R.$$

- iii. Mehr als 0,5 % der Versicherten in  $R$  haben in den Jahren  $t$  und  $t + 1$  die HCC  $hcc_j$  bekommen.
- iv. Die relative HCC-Prävalenzänderung ist
  - a. kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$vr_{hcc_j}^R < Q_{25\%,hcc}^R - 1,5 \cdot IQR_{hcc}^R$$

oder

- b. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands, d. h.

$$Q_{75\%,hcc}^R + 1,5 \cdot IQR_{hcc}^R < vr_{hcc_j}^R.$$

### 3. Verwendung der ermittelten Ergebnisse

Der Bewertungsausschuss stellt klar, dass mit der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen allein keine Feststellung von unzutreffend dokumentierten Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V verbunden ist.

Die nach Nr. 2 ermittelten Ergebnisse werden auf der Arbeitsebene näher analysiert. Abhängig vom Analyseergebnis und sofern genauere Begründungen vorliegen, können die Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems, d. h. den Überleitungen von ICD-Kodes zu HCCs bzw. bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden. Sofern die nach Nr. 2 ermittelten Ergebnisse nicht näher analysiert wurden oder einvernehmlich festgestellt wurde, dass keine genaueren Begründungen vorliegen, bleiben sie unberücksichtigt.

Die nach Nr. 2 ermittelten Ergebnisse, die auf der Arbeitsebene nicht näher analysiert wurden oder für die einvernehmlich festgestellt wurde, dass keine genaueren Begründungen vorliegen, werden für die Beschlussfassung zur Empfehlung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht herangezogen.

#### Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die unter Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses getroffenen Festlegungen kein Präjudiz für die zukünftige Festlegung zur Ermittlung außergewöhnlicher Prävalenzänderungen darstellen.