

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017**

**über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu
verwendende Klassifikationsmodell
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

sowie

**zu Untersuchungsaufträgen an das Institut des
Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der
Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das
zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen
Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu
verwendende Klassifikationsmodell**

mit Wirkung zum 31. August 2017

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2017 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V festzulegen.

Auf der Grundlage der Festlegungen in Teil A dieses Beschlusses ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses für jeden KV-Bezirk jeweils eine demografische sowie eine diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2018. Die Ermittlung erfolgt mit einer Frist zum 11. September 2017.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendenden Klassifikationsmodells

Teil B: Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 zu verwendende Klassifikationsmodell

Anlagen:

- Anlage 1: Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2015 in Nr. 2.2.5 von Teil A dieses Beschlusses
- Anlage 2: Prozentzahlen zur Korrektur der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 aufgrund der zwischen den Jahren 2013 und 2014 veränderten Datenqualität
- Anlage 3: Prozentzahlen zur Korrektur der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 aufgrund der zwischen den Jahren 2014 und 2015 veränderten Datenqualität

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendenden Klassifikationsmodells

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

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2018 setzt auf der Arbeitsversion p10a.01 des Klassifikationssystems mit Stand vom 14. Juni 2017 (TOP 5 der 422. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses) als Version p11a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Bewertungsausschuss mit diesem Beschluss abweichend von der Vorgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) in Verbindung mit Teil B Nr. 2 zur Freigabe des Klassifikationssystems beschließt. Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V kann das geltende Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und weiterentwickelt werden. Die Weiterentwicklung setzt dabei auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2017 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 6. April 2017 erhoben wurde. Die Bezugnahme auf Felder in den Satzarten der Geburtstagsstichprobe erfolgt für das Berichtsjahr 2013 gemäß der Nummerierung dieser Felder in den Satzartbeschreibungen im Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie für die Berichtsjahre 2014 und 2015 gemäß der Nummerierung dieser Felder in den Satzartbeschreibungen im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 und des Bewertungsausschusses in seiner 374. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 6. April 2017 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 6. April 2017 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2013 bis 2015 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die für das Berichtsjahr 2013 in Feld 13 bzw. für die Berichtsjahre 2014 und 2015 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

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

Für die weitere Modellausgestaltung wird auf der verwendeten Datengrundlage die Kalibrierungsmenge zur Ermittlung von Relativgewichten für die diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.3 sowie der Relativgewichte für die demografischen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.4 festgelegt. Darüber hinaus wird auf der verwendeten Datengrundlage eine Anwendungsmenge zur Ermittlung von Morbiditätsindizes und diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Nr. 2.5 festgelegt. Die Anwendungsmenge zur Ermittlung von Demografieindizes und demografischen Veränderungsdaten wird gemäß Nr. 3 festgelegt.

Die in der Datengrundlage längsschnittlich veränderte Datenqualität zwischen den Jahren 2013 und 2014 wird gemäß Nr. 8 Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 in diesem Beschluss in Teil A Nr. 4.4 bzw. der darauf bezogenen Anlage 2 berücksichtigt. Die veränderte Datenqualität

in den Jahren 2014 und 2015 wird ebenfalls in Teil A Nr. 4.4 bzw. der darauf bezogenen Anlage 3 berücksichtigt.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresbezogen für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt.

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

- Enthält das Feld 08 nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. Januar 2017) ihren Sitz hat.

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

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

Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

2.2.2 Kappung der Versichertentage

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

2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale

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

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

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

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

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß 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 2015 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich. Sollte der

Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2018 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2018 zu erfolgen hat und passt die Anlage entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2015 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale des Leistungsjahres gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

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

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer

Ein Versicherter, der gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2014 und 2015 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2014 und 2015 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

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

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

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

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

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2013 und im Leistungsjahr 2015 Versicherten für die Kalibrierungsmenge

ausgewählt, die in beiden Jahren gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.

2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2013 bis 2015 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 2013 in Feld 13 bzw. 2014 bis 2015 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.

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 2014 und 2015 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie einem in Nr. 2.2.8 genannten KV-Bezirk zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.1 für sämtliche Quartale der Jahre 2014 und 2015 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2014 bis 2015 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen

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 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2014 und 2015 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. Januar 2017) 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 den gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken, abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1 und 3, 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 der jeweiligen KV gemäß der Satzart ANZVER87a gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung im Zusammenhang mit der Schnittstellenbeschreibung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 3 der KV.

Die DHF berechnen sich wie folgt:

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

wobei

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

und

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

Die Stichprobenumfänge $n_{AG}^{Jahr,KV}$ werden nach Absatz 1 der Nr. 2.7 bestimmt ($Jahr = 2014, 2015$).

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

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

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

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

mit

$n_{AG,i}^{Jahr,KV}$: Anzahl der Versichertenjahre (nach Quartalen gebildet, wie in Nr. 2.7) für das Kollektiv i mit $i = nicht_nur_73b$ bzw. $i = nur_73b$ und $Jahr = 2014, 2015$

Falls $n_{AG,nur_73b}^{Jahr,KV} = 0$ ist, dann wird $K_{AG}^{Jahr,KV}$ 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. Im zweiten Schritt erfolgt hiermit die Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems. Im dritten Schritt werden diese Morbiditätsindizes in diagnosebezogene Veränderungsdaten umgerechnet. Die Bestimmung der Morbiditätsindizes und der daraus berechneten Veränderungsdaten erfolgt spezifisch für jeden KV-Bezirk mit den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den KV-spezifischen Abgrenzungen der Anwendungsmenge.

Die Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 und entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in einem zweijährig-prospektiven Modell.

Grundlage ist ein gewichtetes multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2015 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 p11a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Alle genannten Gruppen zusammen werden im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Diese unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2013 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2015, 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 2013 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs

erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

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

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

3.2 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien

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

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

2. Bei insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die als Ergebnis der Kalibrierung resultierenden Risikoklassen bilden als unabhängige Variablen mit dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch

den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable das abschließende Regressionsmodell. Die auf der Kalibrierungsmenge mit der abschließenden Regression gemäß Nr. 3.2 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige bundeseinheitliche Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendet.

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

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

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

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

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

Die Morbiditätsindizes berechnen sich KV-spezifisch als gewichtete Summe der relativen Risikowerte der Versicherten der Anwendungsmenge, allerdings für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke getrennt für die Versichertenmenge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer und die Versichertenmenge der längsschnittlichen SV-Teilnehmer. Zur Berücksichtigung der spezifischen Morbidität der längsschnittlichen SV-Teilnehmer wird in den ausgewählten KV-Bezirken jeweils der Quotient der Morbiditätsindizes der Jahre 2015 und 2014 abzüglich eins für die beiden Versichertenmengen als Komponente getrennt bestimmt.

Diese Komponenten werden mit dem im Jahr 2015 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2015 gewichtet aufsummiert, um die Veränderungsrate für den jeweiligen KV-Bezirk zu bestimmen.

In den anderen KV-Bezirken berechnen sich die diagnosebezogenen Veränderungsdaten als Quotient der Morbiditätsindizes 2015 zu den jeweiligen Morbiditätsindizes 2014 abzüglich eins.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Relative Risikowerte

Die Berechnung relativer Risikowerte ($\hat{y}_{i,VB}^{t,KV}$) für jeden Versicherten i der Anwendungsmenge für die Jahre $t = 2014, 2015$ 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 Geschlechtsgruppen) gemäß Nr. 3.3

$x_{i,j,gesamt}^{t,KV}$: 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 (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

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

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

4.2 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2015 wird für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2015 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1 und 3, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1 und 3 mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der versichertenbezogenen demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_{AG(i)}^{2015,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN15 \cap KV} LB_Punkte_i^{2015,MGV} \cdot DHF_{AG(i)}^{2015,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2015,MGV} \cdot DHF_{AG(i)}^{2015,KV}}$$

mit

KV: ausgewählter KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 (bzw. Versicherte im Jahr 2015 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1 und 3, die dem ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden)

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

$LB_Punkte_i^{2015,MGV}$: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten *i* in Punkten gemäß Nr. 2.2.5

SVTN15: SV-Teilnehmer im Jahr 2015 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6

4.3 Morbiditätsindex

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

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2014, 2015$ je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel

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

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

$$\bar{y}_{\text{Nicht-HA}}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{SVTN}_{\text{nur}_{73b}}} \left(\hat{y}_{i,\text{Nicht-HA}}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_{AG(i)}^{t,KV} \cdot K_{AG(i)}^{t,KV} \right)}{\sum_{i \in \text{SVTN}_{\text{nur}_{73b}}} \left(AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_{AG(i)}^{t,KV} \cdot K_{AG(i)}^{t,KV} \right)}$$

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
$DHF_{AG(i)}^{t,KV}$:	demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i, bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 2.7
$K_{AG(i)}^{t,KV}$:	Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des Versicherten i bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 2.8

4.4 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten 2014/2015

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate des Jahres 2014 zum Jahr 2015 erfolgt für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2014 \rightarrow 2015}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{\text{Nicht-HA}}^{2015,KV}}{\bar{y}_{\text{Nicht-HA}}^{2014,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2015,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2014,KV}} - 1 \right) - Q_{2013 \rightarrow 2014}^{KV} - Q_{2014 \rightarrow 2015}^{KV}$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2014 \rightarrow 2015}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2015,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2014,KV}} - 1 - Q_{2013 \rightarrow 2014}^{KV} - Q_{2014 \rightarrow 2015}^{KV}$$

Dabei sind $Q_{2013 \rightarrow 2014}^{KV}$ und $Q_{2014 \rightarrow 2015}^{KV}$ die in den Anlagen 2 und 3 aufgeführten KV-spezifischen Prozentzahlen, mit denen die diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2018 aufgrund einer sich im Zeitverlauf ändernden Datenqualität sowohl für

den Vergleich der Datenjahre 2013 und 2014 als auch für den Vergleich der Datenjahre 2014 und 2015 korrigiert werden.

5. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

Die Ermittlung der demografischen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 3.

Auf Basis des Lebensalters in 2013 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2015 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

6. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsrate

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsrate erfolgt auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 3 in der dort beschriebenen KV-spezifischen Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 0 werden für die Jahre 2014 und 2015 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 3 aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres im jeweiligen KV-Bezirk geteilt. Es resultieren die Demografieindizes für die Jahre 2014 und 2015. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2015 zum Demografieindex des Jahres 2014 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 die folgenden Daten zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten:

1. Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten
2. demografische Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7
3. Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ aus Nr. 2.8

4. eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß Anlage 1 berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen
5. Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2
6. nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht gemäß KM6-Statistik gegliederte Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 3

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

Teil B

Untersuchungsaufträge an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2019 zu verwendende Klassifikationsmodell

Das Institut des Bewertungsausschusses wird von der AG Grouperanpassung grundsätzlich nur einvernehmlich mit Untersuchungen und deren Priorisierungen beauftragt. In einem Umfang von jeweils bis zu 10% der im Institut des Bewertungsausschusses mit Planungsstand vom 1. September 2017 für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells vorgesehenen Arbeitskapazitäten können die Träger des Bewertungsausschusses das Institut mit spezifischen Untersuchungen und dazugehörigen Priorisierungen einseitig beauftragen. Diese Änderung der Vorgehensweise zur Ermöglichung einseitiger Aufträge ist in der Zeit vom 1. September 2017 bis zum 31. August 2018 möglich, wobei die Ausgestaltung der Abarbeitung der Arbeitsaufträge durch das Institut des Bewertungsausschusses wie folgt geregelt wird:

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

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017

Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2015 in Nr. 2.2.5 von Teil A 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 ≥ 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36 (mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 (mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373), des Abschnitts 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	EGV
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**, 11320Z**, 11321X**, 11321Z**, 11322X**, 11322Z** , 11330X**, 11331X**, 11332X**, 11333X**, 11334X**, 11351X, 11352X, 11354X**, 11360X**, 11361X**, 11370X**, 11371X**, 11372X**, 11380X**, 11390X**, 11391X**, 11395X**, 11396X**, 11400X**, 11401X**, 11403X**, 11404X**, 11410X**, 11411X**, 11412X**, 11420X**, 11421X**, 11422X**, 11430X**, 11431X**, 11432X**, 11433X**, 11434X**, 11440X**, 11441X**, 11442X**, 11443X** , 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)	EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)	MGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)	EGV
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150P und 35150Q)	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622)	EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860** und 40862**)	EGV
PAH	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865** bis 40868**)	EGV
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870** und 40872**)	EGV
H1N1	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740** und 88741**)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV
NEP	Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 mit Ausnahme der GOP 13594, 13596 und 13620 bis 13622)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 sowie GOP 04040D, 04230D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E**, 04011E**, 04012E**, 04013E**, 04014E**, 04015E**, 04110E**, 04111E**, 04112E**, 04120E**, 04121E**, 04122E**, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I**, 04011I**, 04012I**, 04013I**, 04014I**, 04015I**, 04110I**, 04111I**, 04112I**, 04120I**, 04121I**, 04122I**, 04040J**, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L**, 04111L**, 04112L**, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04040M**, 04110M**, 04111M**, 04112M**, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N**, 04011N**, 04012N**, 04013N**, 04014N**, 04015N**, 04040N**, 04110N**, 04111N**, 04112N**, 04120N**, 04121N**, 04122N**, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O**, 04111O**, 04112O**, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P**, 04011P**, 04012P**, 04013P**, 04014P**, 04015P**, 04110P**, 04111P**, 04112P**, 04120P**, 04121P**, 04122P**, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q**, 04111Q** und 04112Q**)	EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 sowie GOP 30936 und 30937)	EGV
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 sowie GOP 30960, 30961, 86770**, 86772**, 86774**, 86776**, 86778**, 86780**, 86781**, 86782** und 86784**)	EGV
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822)	EGV
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)	EGV
KAPS	Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426)	EGV
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373)	EGV
NAEPA	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 03060, 03062 und 03063)	EGV
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
ZPFG	Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222)	EGV
XOFIGO	Kostenpauschale für Sachkosten im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid (GOP 40582)	EGV
SOZIOTH	Verordnung der Soziotherapie (30800, 30810 und 30811)	EGV
PSYGESPR	Psychotherapeutisches Gespräch (GOP 22220, 23220)	EGV

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

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

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017

Prozentzahlen zur Korrektur der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2018 aufgrund der zwischen den Jahren 2013 und 2014 veränderten Datenqualität

Folgende Prozentzahlen $Q_{2013 \rightarrow 2014}^{KV}$ sind in Nr. 4.4 abzuziehen:

KV-Nummer	KV-Bezirk	Prozentzahl
01	Schleswig-Holstein	0,1800%
02	Hamburg	0,1743%
03	Bremen	-0,1250%
17	Niedersachsen	0,0067%
20	Westfalen-Lippe	0,1079%
38	Nordrhein	0,0833%
46	Hessen	0,1008%
51	Rheinland-Pfalz	0,0737%
52	Baden-Württemberg	0,0340%
71	Bayern	0,0452%
72	Berlin	0,1414%
73	Saarland	0,1800%
78	Mecklenburg-Vorpommern	0,1411%
83	Brandenburg	-0,0328%
88	Sachsen-Anhalt	0,1778%
93	Thüringen	0,1481%
98	Sachsen	0,0328%

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017

Prozentzahlen zur Korrektur der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2018 aufgrund der zwischen den Jahren 2014 und 2015 veränderten Datenqualität

Folgende Prozentzahlen $Q_{2014 \rightarrow 2015}^{KV}$ sind in Nr. 4.4 abzuziehen:

KV-Nummer	KV-Bezirk	Prozentzahl
01	Schleswig-Holstein	-0,0104%
02	Hamburg	0,1800%
03	Bremen	0,1317%
17	Niedersachsen	0,0477%
20	Westfalen-Lippe	0,0895%
38	Nordrhein	0,0905%
46	Hessen	0,0658%
51	Rheinland-Pfalz	0,0268%
52	Baden-Württemberg	0,0606%
71	Bayern	0,0763%
72	Berlin	0,0187%
73	Saarland	-0,1487%
78	Mecklenburg-Vorpommern	0,0117%
83	Brandenburg	0,0120%
88	Sachsen-Anhalt	-0,1076%
93	Thüringen	0,0576%
98	Sachsen	-0,0413%