

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013

über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2014 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V

mit Wirkung zum 30. Juni 2013

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2013 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.

Die Bestandteile des Klassifikationsmodells und die notwendigen Festlegungen seiner Ausgestaltung werden im vorliegenden Beschluss beschrieben. Die Vorgaben zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern wird der Bewertungsausschuss in einem separaten Beschluss bis zum 14. August 2013 treffen.

Zugleich werden in Nr. 4 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 p07a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf. 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. Der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells ist das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 beschlossene und durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012 sowie des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 und in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 geänderte Klassifikationsmodell. Die Freigabe der Version p07a des Klassifikationssystems hat der Arbeitsausschuss in seiner 376. Sitzung am 4. Juni 2013 erteilt.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten ist die vom Bewertungsausschuss gemäß seiner Beschlüsse aus der 184. Sitzung am 20. Mai 2009 und 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene Geburtstagsstichprobe, sowie die vom Bewertungsausschuss in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossene Datenlieferung für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen.

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 12. Juli 2013 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2009 bis 2011 herangezogen; für die Qualitätssicherung der Kennzeichnung selektivvertraglicher Teilnahme werden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen und dem Stand der Qualitätssicherung zum 12. Juli 2013 einbezogen. 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 Modellausgestaltung wird auf der verwendeten Datengrundlage die Kalibrierungsmenge zur Ermittlung von Relativgewichten für die diagnosebezogenen Veränderungsrate sowie der Relativgewichte für die demografischen Veränderungsrate festgelegt. Darüber hinaus wird auf der verwendeten Datengrundlage eine Anwendungsmenge zur Ermittlung von Morbiditätsindizes und diagnosebezogenen Veränderungsrate festgelegt. Die Anwendungsmenge zur Ermittlung von Demografieindizes und demografischen Veränderungsrate 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:

1. Die Zuordnung erfolgt jeweils aufgrund der Postleitzahl im letzten Quartal, in dem eine Person in einem Jahr in der Datengrundlage vorhanden ist.
2. Kann die Person in dem letzten Quartal mehreren Regionen zugeordnet werden und ist nur eine dieser Regionen nicht im Vorquartal zuordenbar, so wird sie der im Vorquartal nicht zuordenbaren Region zugeordnet.
3. In den Fällen, in denen durch 1. und 2. keine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, erfolgt eine zufällige Zuordnung zu einer der KV-Regionen aus 2.

Personen, denen keine oder eine unbekannte Postleitzahl zugeordnet ist, werden der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 8. April 2013) verwendet.

Für Personen mit Wohnsitz im Ausland wird das gleiche Vorgehen gewählt.

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 der Geburt einer Person und ggf. die Vorquartale im Kalenderjahr der Geburt sowie 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 entsprechend der Beschlüsse des Bewertungsausschusses mit Wirkung für das dritte Quartal des Kalenderjahres 2013 gemäß der Anlage 1 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 2011 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich. Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2014 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2014 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014 zu erfolgen hat und setzt die Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung als Leistungssegmentliste in einer technischen Anlage um.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2011 (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 Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung vorliegt;

3. des Weiteren wird die Teilnahme an einem Selektivvertrag unterstellt, wenn die nachfolgend aufgeführten Bedingungen gelten: In der Geburtstagsstichprobe ist zu einem Quartal des Jahres für einen Stichprobenversicherten angegeben, dass er an einem Selektivvertrag teilnahm, der Abrechnungsweg dieses Vertrages angeblich über die KV erfolgte und für seine (in diesem Quartal zuständige) Krankenkasse Folgendes zutraf:
 - a. Die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse, für die in diesem Quartal die vorstehenden Bedingungen zuträfen, betrug mindestens 100.
 - b. Die Summe der Leistungsbedarfe dieser Versicherten dieser Krankenkasse von Praxen des hausärztlichen Versorgungsbereichs betrug in diesem Quartal weniger als die Hälfte der entsprechenden Leistungsbedarfssumme von Praxen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

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 2009 und im Leistungsjahr 2011 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 2009 bis 2011 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.
3. Die für die Kalibrierungsmenge zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten beschränken sich auf den 3., 10., 17. und 24. Tag eines Monats.

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 2010 und/oder 2011 ausgewählt.
2. Zum Umgang mit Versicherten, die gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden, wird der Bewertungsausschuss spätestens bis zum 14. August 2013 entscheiden.
3. Die abschließende Festlegung der für die Anwendungsmenge zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten wird vom Bewertungsausschuss in seiner Sitzung am 14. August 2013 vorgenommen.

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

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom Bundesministerium für Gesundheit an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Hochrechnungsfaktoren und der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2010 und 2011 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: 8. April 2013) verwendet.

2.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden auf der Anwendungsmenge zur Ermittlung der jeweiligen Veränderungsraten jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. 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 der jeweiligen KV und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Versichertenbezogene DHF ergeben sich dabei als die der Alters- und Geschlechtsgruppen- sowie KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres. Die DHF berechnen sich wie folgt:

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

wobei

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

und

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

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Jahr}$ werden aus der Anwendungsmenge nach Nr. 2.5 bestimmt.

Zum Umgang mit Versicherten, die gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden, wird der Bewertungsausschuss spätestens bis zum 14. August 2013 entscheiden.

3. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten und diagnosebezogenen Veränderungsraten

Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten werden in einem ersten Schritt aus einem gewichteten multiplen linearen Regressionsmodell prospektive, bundeseinheitliche Relativgewichte berechnet, die in einem zweiten Schritt zur Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems genutzt werden. In einem dritten Schritt werden diese Morbiditätsindizes in diagnosebezogene Veränderungsraten umgerechnet.

Die Bestimmung der Morbiditätsindizes und der daraus berechneten Veränderungsraten erfolgt spezifisch für jeden KV-Bezirk mit den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den KV-spezifischen Abgrenzungen der Anwendungsmenge.

3.1 Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Relativgewichte

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 2011 (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. 3.1.1 und 3.1.2.

3.1.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p07a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), zusammen im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Diese unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2009 als unabhängiger Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2011, 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 2009 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 32 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 32 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) die unabhängigen Variablen des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells und werden im Folgenden als komprimierte Risikokategorien bezeichnet.

3.1.2 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 Abschnitt 3.1.1 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 3.1.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich Null gesetzt ist)

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

mit dem dann größten negativen Relativgewicht (größten p-Wert) gemäß Schritt 1 (bzw. Schritt 2) bearbeitet.

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Ermittlung bundesweiter Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die nach 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 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige bundesweite Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten verwendet.

3.2 Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

Die Veränderungsdaten ergeben sich als Verhältnis aus jahres- und KV-spezifischen Morbiditätsindizes unter Verwendung der bundesweiten Relativgewichte gemäß Nr. 3.1.3 - vorbehaltlich der bis zum 14. August 2013 zu treffenden Festlegungen zum Umgang mit SV-Teilnehmern - entsprechend den Festlegungen des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung.

4. Festlegungen zur Ermittlung von demografischen Relativgewichten und Veränderungsdaten (demografisches Klassifikationsmodell)

4.1 Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

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

Auf Basis des Lebensalters in 2009 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2011 der Versicherten der Kalibrierungsschichtprobe 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 Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

4.2 Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten erfolgt auf der amtlichen KM6-Statistik in der Version, die vom Bundesministerium für Gesundheit an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde.

Die Relativgewichte nach Nr. 4.1 werden für die Jahre 2010 und 2011 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik 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 2010 und 2011. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2011 zum Demografieindex des Jahres 2010 abzüglich 1.

5. Fristen

Das Institut des Bewertungsausschusses wird - abweichend vom im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 festgelegten Termin - damit beauftragt, die Berechnungen der demografischen und

diagnosebezogenen Veränderungsraten nach den Vorgaben dieses Beschlusses und der bis zum 14. August 2013 durch den Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern und zu den für die Anwendungsmenge zu berücksichtigenden Geburtskalendertagen der Versicherten bis zum 28. August 2013 vorzulegen.

6. 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 sowie die nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht gemäß KM6 gegliederten Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

Protokollnotizen:

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells die Berücksichtigung der im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in Teil A, Nr. 1 lit. b) genannten Kriterien näher zu untersuchen, insbesondere zum Zusammenhang von Trunkierung der annualisierten versichertenspezifischen Leistungsbedarfe und Robustheit der Kalibrierungsergebnisse des Klassifikationsmodells.
2. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, den Umfang der im Jahr 2012 regional vereinbarten Punktwertzuschläge für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die sich in der Leistungsbewertung gemäß Euro-Gebührenordnung niederschlagen, festzustellen und den möglichen Einfluss auf die Relativgewichte zu untersuchen.
3. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, Gründe einer unterjährigen Versichertenzeit und deren Auswirkungen auf die Berechnung der Veränderungsraten zu untersuchen.

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses

in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013

Leistungssegmentliste zur Anwendung der empfohlenen inhaltlichen Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 mit Wirkung ab 1. Januar 2013 in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013 für die Berechnung 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 ≥ 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 |

| Code | Bezeichnung ^{*)} | MGV/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 |
| 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 |

| Code | Bezeichnung^{*)} | MGV/EGV |
|----------------|--|----------------|
| S | Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952) | EGV |
| A1 | Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1) | MGV |
| A2 | Akupunktur (Abschnitt 30.7.3) | MGV |
| A3 | Polysomnographie (GOP 30901) | MGV |
| A4 | MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7) | MGV |
| A5 | Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2) | EGV |
| PROB_ 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 |

| Code | Bezeichnung^{*)} | MGV/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 |
| NT | Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11) | 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.