

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum 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 Veränderungsraten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2014 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 30. Juni 2013**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2013 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 zu beschließen. Hierzu ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden, das in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und fortentwickelt werden kann.

In seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 hat der Bewertungsausschuss in Teil A Vorgaben zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemacht und beschlossen, bis zum 30. Juni 2013 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung zu beschließen.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung trifft Festlegungen zum diagnosebezogenen Klassifikationsmodell, das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V zu verwenden ist. Darüber hinaus erfolgen auch Festlegungen zur Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V.

Damit zusammenhängend hatte der Bewertungsausschuss in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013 beschlossen, Festlegungen zur Berücksichtigung von Selektivvertragsnehmern (SV-Teilnehmern) bei der Ermittlung der Veränderungsraten erst nach Vorliegen der Auswertungsergebnisse, mit denen der Bewertungsausschuss das Institut beauftragt hatte, zu treffen. Demzufolge wird der Bewertungsausschuss die Vorga-

ben zum Umgang mit SV-Teilnehmern in einem separaten Beschluss bis zum 14. August 2013 treffen, worauf dieser Beschluss an einigen Stellen hinweist.

## **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Der vorliegende Beschluss beschreibt im Abschnitt 2 die notwendigen Festlegungen zu verwendeten Datengrundlagen und deren Abgrenzungen sowohl für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten als auch für die Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. In den Abschnitten 3 und 4 werden, separat für die diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten, insbesondere Details festgelegt zu Art und Weise der Verwendung der Risikokategorien innerhalb der Berechnungen und zu den verwendeten Zeithorizonten und Leistungsabgrenzungen sowie die einzelnen Berechnungsschritte konkret dargestellt, die es dem Institut des Bewertungsausschusses ermöglichen, die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Berechnung der Veränderungsraten aufgrund von präzisen und interpretationsfreien Vorgaben durchzuführen.

Desweiteren werden in Nummer 5 des vorliegenden Beschlusses zusätzliche Fristen geregelt und in Nummer 6 Maßnahmen zur Gewährleistung der Transparenz angeführt. In den Protokollnotizen erfolgt eine Beschreibung von Untersuchungsaufträgen, mit denen das Institut des Bewertungsausschusses, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, beauftragt wird.

Die beschlossene Ausgestaltung des Klassifikationsmodells setzt auf dem Klassifikationssystem der Version p07a, welches der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 376. Sitzung am 4. Juni 2013 freigegeben hat, auf und beschreibt das mit Wirkung für das Jahr 2014 geltende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, welches gegenüber dem bis dahin geltenden Klassifikationsmodell weiterentwickelt wurde.

Die Version p07a des Klassifikationssystems als Zuordnungsinstrument von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien des Klassifikationsmodells umfasst insbesondere Zuordnungen von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien und deren hierarchische Anordnung, sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Grundlage für die Benutzung der Version p07a ist die im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) 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 der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung der jeweils aktuelle Stand des für das Vorjahr weiterentwickelten Klassifikationssystems ist.

### **3. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen**

#### **3.1. Datengrundlage**

Für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten sind gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V die Datengrundlagen zu aktualisieren. Die aktuelle Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009 und in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erweitert um die vom Bewertungsausschuss in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossene Datenlieferung für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen. In die Berechnungen werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung nicht auffälligen Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2009 bis 2011 einbezogen. Die Ausschlusskennzeichnung erfolgt zum Stand 12. Juli 2013, da das Institut des Bewertungsausschusses bis zu diesem Zeitpunkt die Prüfung der längsschnittlichen Datenqualität abgeschlossen hat.

Die erhobene Datengrundlage bezieht sich auf Versicherte mit den Geburtskalendertagen 3., 10., 17. und 24. Tag eines Monats für die Jahre 2009 bis 2011 sowie zusätzlich die Geburtskalendertage 4. und 11. Tag eines Monats für die Jahre 2010 und 2011 und der Geburtskalendertag 18. Tag eines Monats für das Jahr 2011. Während für das Regressionsmodell zur Bestimmung der Risikoklassen und deren Relativgewichten die Diagnosen der Versicherten des Jahres 2009 und der Leistungsbedarf der Versicherten des Jahres 2011 maßgeblich sind, sind für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten die Versicherten- und Diagnosedaten der Jahre 2010 und 2011 heranzuziehen. Die abschließende Festlegung der für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten wird vom Bewertungsausschuss bis zum 14. August 2013 getroffen.

Darüber hinaus werden auch jene besonderen Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, für die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Leistungsbedarf von Null über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurde, da es sich hierbei um Gebührenordnungspositionen handelt, die mit einer Wertangabe von Null in der Gebührenordnungs-Stammtabelle enthalten sind und nur zur Kennzeichnung bestimmter Leistungsangaben dienen (z. B. Kennzeichnung für die vom Versicherten zu entrichtende Praxisgebühr).

### **3.2. Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale**

Zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate sind verschiedene Abgrenzungsmerkmale wie die KV-Zuordnung, die Kappung der Versichertentage eines Quartals, Anzahl Versichertenquartale eines Versicherten, Versichertenzeitvollständigkeit, Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs und die Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern notwendig, die nicht unmittelbarer Bestandteil der Datenerhebung der Geburtstagsstichprobe sind, sondern aus den Merkmalen der Geburtstagsstichprobe abgeleitet werden müssen.

#### **3.2.1. KV-Abgrenzung**

Die für die Ausweisung KV-spezifischer Veränderungsrate notwendige KV-Zuordnung der Versicherten erfolgt jahresbezogen, da die Feststellung der Morbiditätsstrukturveränderung bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk im jeweiligen Kalenderjahr erfolgt.

#### **3.2.2. Kappung der Versichertentage**

Da Versicherte quartalsbezogen durchaus verschiedenen Krankenkassen angehört haben können, ergeben sich in einzelnen Fällen aufsummierte Versichertentage, die höher als die Anzahl möglicher Tage in dem Quartal ausfallen. Um verzerrte Ergebnisse aufgrund zu hoher Anzahl an Versichertentagen zu vermeiden, werden die betroffenen Versichertentage auf die maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt.

#### **3.2.3. Definition der Anzahl der Versichertenquartale**

Für Gewichtung- bzw. Hochrechnungszwecke werden für jeden Versicherten jahresweise die Quartale ausgewiesen, in denen er in der Geburtstagsstichprobe vorhanden war.

#### **3.2.4. Definition von Versichertenzeitvollständigkeit**

Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten bei der Berechnung der Relativgewichte zu vermeiden, wird der Begriff der Versichertenzeitvollständigkeit so definiert, dass jahresspezifisch nur Versicherte betrachtet werden, sofern sie in jedem Quartal des entsprechenden Jahres mindestens 45 Tage versichert waren. Um sowohl Verstorbene im Jahr 2011 als auch Geborene im Jahr 2009 und deren spezifische Diagnosen- und Leistungsbedarfsbesonderheiten nicht auszuschließen, wird die 45-Tage-Regel für Neugeborene im Geburtsquartal und den davor liegenden

Quartalen und für Verstorbene im Quartal des Todes und den nachfolgenden Quartalen des entsprechenden Kalenderjahres nicht angewendet. Die 45-Tage-Regel wurde unter der Prämisse gewählt, dass man vereinfachend davon ausgehen kann, dass ein Versicherter mit dieser Zugehörigkeitsdauer im allgemeinen annähernd auch die im vertragsärztlichen Bereich anfallenden Diagnosen und den Leistungsbedarf eines Versicherten aufweist, der durchgehend versichert ist.

### **3.2.5. Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs**

Die Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs zur Berechnung der bundesweiten Relativgewichte bezieht sich auf durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 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 empfohlenen inhaltlichen Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Aus Vereinfachungsgründen werden entsprechend der Leistungssegmentliste gemäß Anlage 1 die probatorischen Sitzungen (Gebührenordnungsposition 35150) mit dem geänderten Leistungssegment-Kennzeichen PROB\_KM87a komplett der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet und Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse des Abschnitts 4.5.4 EBM mit dem geänderten Leistungssegment-Kennzeichen KNEP\_KM87a ebenfalls der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Da es bis zur Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu einer Empfehlung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V jedoch noch zu einer Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu einer Empfehlung bezüglich der inhaltlichen Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2014 kommen kann, die in einer technischen Anlage die empfohlene Leistungsabgrenzung festlegen wird, behält sich der Bewertungsausschuss vor, eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten vorzunehmen.

Für die Berechnung der Relativgewichte werden die Leistungsbedarfe aus dem Jahr 2011 (Leistungsjahr) anhand der Versichertenquartale des Versicherten annualisiert. In der Protokollnotiz Nr. 1 dieses Beschlusses wird festgehalten, dass insbesondere der Zusammenhang zwischen einer Trunkierung der hier definierten annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf und der Robustheit der Kalibrierungsergebnisse des Klassifikationsmodells vom Institut des Bewertungsausschusses untersucht werden soll.

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird analog zum Vorjahr aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung (LB-Euro-GO) berechnet. In der Protokollnotiz Nr. 2 dieses Beschlusses wird ein Prüfauftrag an das Institut des Bewertungsausschusses aufgenommen, der den Umfang an regionalen Punktwertzuschlä-

gen zu MGV-Leistungen und deren Auswirkungen auf die Relativgewichte untersucht. Diese Untersuchung soll feststellen, ob es dadurch zu einer Vermischung von Preis und Mengenkomponekte bei der Ermittlung der Morbiditätsstrukturveränderungen und der daraus hervorgehenden Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs kommen kann.

### **3.2.6. Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern**

In der Geburtstagsstichprobe erfolgt die Identifikation eines Versicherten als Selektivvertragsteilnehmer anhand der Kennzeichnung als SV-Teilnehmer in Verbindung mit der Angabe des Abrechnungswegs „außerhalb der KV oder nicht feststellbar“. Weiterhin werden SV-Teilnehmer mit einem Abrechnungsweg über die Kassenärztliche Vereinigung als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn deren Summe des hausärztlichen Leistungsbedarfs in einem Quartal t weniger als die Hälfte des fachärztlichen Leistungsbedarfs desselben Quartals t beträgt. Aufgrund des Rückgangs des hausärztlichen Leistungsbedarfs kann trotz Angabe eines Abrechnungsweges über die KV davon ausgegangen werden, dass die hausärztlichen Leistungen außerhalb des Kollektivvertrags in Anspruch genommen werden. Diese Bedingung setzt voraus, dass dies für mindestens 100 Versicherte der Krankenkasse zutrifft.

Aus Qualitätssicherungsgründen werden zusätzlich die Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) herangezogen unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen und dem Stand der Qualitätssicherung bis zum 12. Juli 2013. Der Abgleich der Geburtstagsstichprobe mit den Datenlieferung zu Selektivverträgen ist erforderlich, da so insbesondere Versicherte der Geburtstagsstichprobe ohne Kennzeichnung als SV-Teilnehmer als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert werden können, wenn für diese Versicherten ein entsprechender Datensatz in den Datenlieferungen zu Selektivverträgen gefunden werden konnte.

### **3.2.7. Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)**

Entsprechend dem 2-jährig-prospektiven Modell werden als Datengrundlage für die Berechnung der Relativgewichte, d. h. für die sog. Kalibrierungsmenge, nur Versicherte, die im Diagnosenjahr 2009 und im Leistungsjahr 2011 vorhanden sind, herangezogen. Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten zu vermeiden, werden nur diejenigen Versicherten einbezogen, die in beiden Jahren versicherungszeitvollständig waren.

Darüber hinaus werden Versicherte, die in mindestens einem der Jahre 2009 bis 2011 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V eingeschrieben waren, nicht in die Kalibrierungsmenge aufgenommen, insbesondere da für diese Versicherten in der Geburtstagsstichprobe weder der nicht mehr in der morbiditätsorientierten Vergütung anfallende Leistungsbedarf noch die im Selektivvertrag dokumentierten Diagnosen vollständig vorliegen und deshalb eine Beziehung zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien im Diagnosenjahr und dem noch enthaltenen Leistungsbedarf im Leistungsjahr nicht in gleicher Weise gegeben ist wie für die Versicherten ohne Einschreibung in Selektivverträge.

Zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte werden die Versicherten der Kalibrierungsmenge entsprechend der KM6-Statistik gruppiert (34 Alters- und Geschlechtsgruppen), da die Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Veränderungsrate die amtliche KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit verwendet.

### **3.2.8. Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)**

Die Abgrenzung der Anwendungsmenge für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgt jahresspezifisch. Dabei werden nur Versicherte mit Versichertenzeit im Jahr 2010 und/oder 2011 berücksichtigt. Somit werden im Unterschied zu der Kalibrierungsmenge auch unterjährig Versicherte (z. B. Wechsler aus der oder in die private Krankenversicherung, Geborene und Verstorbene) bei den Berechnungen berücksichtigt.

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

### **3.2.9. Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Hochrechnungsfaktoren und der demografischen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)**

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten ist durch die amtliche KM6-Statistik für die Jahre 2010 und 2011, die das Bundesministerium für Gesundheit dem Institut des Bewertungsausschusses übermittelt hat, abgegrenzt.

### **3.2.10. Demografische Hochrechnungsfaktoren**

Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe, in der es aufgrund von erforderlichen Ausschlüssen von Versicherten zu Verzerrungen der demografi-

schen Struktur der Stichprobe gekommen ist, im Vergleich zur KM6-Statistik sicherzustellen, werden die Risikowerte für die diagnosebezogene Veränderungsrate mit demografischen Hochrechnungsfaktoren hochgerechnet.

#### **4. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten und diagnosebezogenen Veränderungsraten**

Die Anwendung des Klassifikationsmodells zur Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgt, nach der Klassifikation von vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen in diagnosebezogene Risikokategorien durch das Klassifikationssystem p07a, in drei Stufen. Auf der ersten Stufe, der Kalibrierungsstufe, werden sogenannte prospektive, bundeseinheitliche Relativgewichte bundesweit für die einzelnen Risikokategorien bzw. daraus abgeleitete Risikoklassen einschließlich von Alters- und Geschlechtsgruppen gebildet. In der zweiten Stufe, der Anwendungsstufe, werden diese prospektiven, bundeseinheitlichen Relativgewichte dazu benutzt, die Morbiditätsstruktur in den KV-Bezirken anhand eines Morbiditätsindex für verschiedene Jahre zu beschreiben und in der dritten Stufe, der Ergebnisstufe, werden die diagnosebezogenen Veränderungsraten als Quotient der beiden Morbiditätsindizes 2011 und 2010 für die 17 KV-Bezirke berechnet.

##### **4.1. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten**

Die Bestimmung von prospektiven, bundeseinheitlichen Relativgewichten mit Diagnosen des Jahres 2009 und dem Leistungsbedarf des Jahres 2011 (in der Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs) für die Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsraten von 2010/11 für den jeweiligen KV-Bezirk erfolgt durch eine gewichtete multiple lineare Regressionsrechnung.

Der 2-Jahres-Bezug beruht auf der Festlegung des Bewertungsausschuss in seinem Beschluss aus der 269. Sitzung, dass der 2-jährig-prospektive Zeithorizont des seinerzeit geltenden Modells unverändert erhalten bleiben soll.

Eine mit Versichertenquartalen gewichtete Regression ist erforderlich, um die Diagnosen und den Leistungsbedarf der im Jahr 2011 verstorbenen Versicherten entsprechend ihrer Versicherungszeit innerhalb des Jahres 2011 sachgerecht nur anteilig zu berücksichtigen. Die Gewichtung der Versicherungszeit nach Versichertenquartalen orientiert sich an dem Quartalsbezug des stark pauschalierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und berücksichtigt im Zusammenhang mit dem Leistungsbedarf von Versicherten die Tatsache, dass bestimmte vertragsärztliche Leistungen eines Behandlungsfalls, etwa die Versichertenpauschale, nur einmal im Quartal abgerechnet werden können.



Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells sind komprimierte Risikoklassen. Als Kriterium dafür, welche Risikokategorien komprimiert und welche unkomprimiert in das Klassifikationsmodell aufgenommen werden sollten, wird – wie bereits im bisher geltenden Modell – die ökonomische Relevanz herangezogen. Es werden diejenigen HCC als sogenannte THCC unkomprimiert in das Klassifikationsmodell übernommen, die aufgrund ihrer ökonomischen Relevanz erstmals mindestens 70 % des Leistungsbedarfs abdecken.

Ebenfalls unkomprimiert werden HCCs als THCCs übernommen, die ein Relativgewicht größer gleich 1,5 aufweisen.

Weiterhin werden im Klassifikationsmodell unkomprimiert diejenigen HCCs als THCCs übernommen mit der höchsten Erklärungskraft im Sinne des Regressionsmodells. Dazu werden die unabhängigen Variablen um jene HCCs ergänzt, deren maximaler Beitrag zur Verbesserung der erklärten Varianz des Klassifikationsmodells größer ist, als bei den Risikokategorien, die nach absteigend sortierter ökonomischer Relevanz ausgewählt und in das Klassifikationsmodell aufgenommen wurden. Dabei wird die Anzahl der Risikokategorien nach dem Beitrag zur Verbesserung der erklärten Varianz auf die gleiche Zahl der ausgewählten Risikokategorien nach ökonomischer Relevanz beschränkt.

Für die verbleibenden HCC erfolgt eine Komprimierung, indem diese entsprechend ihrer jeweiligen organsystembezogenen Zuordnung zusammengefasst und als RHCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen werden.

Die durch die Kompression resultierenden Risikoklassen der THCC, RHCC mit Ausnahme der RHCC024 und 32 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) werden einem Kalibrierungsalgorithmus unterzogen, der gewährleistet, dass negative und insignifikante Relativgewichte im Klassifikationsmodell verhindert werden. Die Ausnahme der RHCC024 (Krankheit und Zustände der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) begründet sich darin, dass die RHCC im 2-jährig prospektiven Modell ein negatives Kostengewicht aufweist, das auch bei selektivem Bezug auf die darin enthaltenen einzelnen HCCs durch den Kalibrierungsalgorithmus nicht beseitigt werden kann und somit aus dem Modell ausgeschlossen wird. Dieses Vorgehen verkürzt die Rechnerlaufzeit.

Die Priorisierung der im Kalibrierungsalgorithmus zu behandelnden Risikokategorien erfolgt schrittweise anhand des größten negativen Relativgewichts bzw. anhand des größten p-Werts der entsprechenden Risikokategorie.

Die nach der Kalibrierung resultierenden Risikoklassen bilden als unabhängige Variable 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 diagnosebasierten Veränderungsdaten verwendet.

Zur besseren Begriffsabgrenzung wurde der bisher als Komprimierungsalgorithmus bezeichnete Ablauf von Kompression und Kalibrierung auch begrifflich in Kompressionsalgorithmus und Kalibrierungsalgorithmus getrennt.

#### **4.2. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für den jeweiligen KV-Bezirk werden festgelegt als Quotient des Morbiditätsindex des Jahres 2011 zum Morbiditätsindex des Jahres 2010 abzüglich 1.

Vorbehaltlich der bis zum 14. August 2013 zu treffenden Festlegungen zum Umgang mit SV-Teilnehmern ist der Morbiditätsindex eines Jahres definiert als durchschnittlicher gewichteter Risikowert aller Versicherten eines KV-Bezirks. Um die Unterjährigkeit von Versicherten im jeweiligen Diagnosenjahr zu berücksichtigen, werden die Risikowerte mit den Versichertenquartalen gewichtet. Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe, in der es aufgrund von erforderlichen Ausschlüssen von Versicherten zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe gekommen ist, im Vergleich zur KM6-Statistik sicherzustellen, werden die Risikowerte für die diagnosebezogene Veränderungsrate mit demografischen Hochrechnungsfaktoren hochgerechnet.

#### **5. Festlegungen zur Ermittlung von demografischen Relativgewichten und demografischen Veränderungsdaten**

Die Bestimmung von Relativgewichten für die demografischen Veränderungsdaten erfolgt analog zur Bestimmung diagnosebezogener Relativgewichte auf der Basis des Lebensalters in 2009 und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs in 2011. Für jede Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß der amtlichen KM6-Statistik wird das Relativgewicht als Quotient des mit Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Versicherter der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherter über alle Alters- und Geschlechtsklassen berechnet.

Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird festgelegt als Quotient des Demografieindex des Jahres 2011 zum Demografieindex des Jahres 2010 abzüglich 1. Der Demografieindex eines Jahres eines KV-Bezirks ist definiert als mit Relativgewichten gewichtete durchschnittliche Besetzungszahl der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik in dem entsprechenden KV-Bezirk, inklusive der

Berücksichtigung von Wohnausländern, deren KV-Zuordnung entsprechend der Postleitzahl des Kassensitzes erfolgt.

## **6. Fristen**

Da Festlegungen zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern erst zum 14. August 2013 durch den Bewertungsausschuss zu treffen sind, wird das Institut des Bewertungsausschusses - abweichend vom im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 festgelegten Termin - 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 bis zum 28. August 2013 vorzulegen. Damit ist der Bewertungsausschuss in der Lage, rechtzeitig gemäß den Vorgaben entsprechend § 87a Abs. 5 Satz 8 SGB V zu den Empfehlungen zu den Veränderungsraten zu beschließen.

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

## **8. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 30. Juni 2013 in Kraft.