

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016**

**über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2017 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 2018 zu
verwendende Klassifikationsmodell
mit Wirkung zum 31. August 2016**

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2016 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 2017. Die Ermittlung erfolgt mit einer Frist zum 15. September 2016.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2017 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 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell

Anlage: Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2014 in Nr. 2.2.5 von Teil A dieses Beschlusses

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2017 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 2017 setzt auf der Version p10a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 413. Sitzung am 6. Juli 2016 freigegeben hat. Grundlage hierfür ist die im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) in Verbindung mit Teil B Nr. 2 beschlossene Vorgabe, dass der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die jährliche Weiterentwicklung des Klassifikationssystems der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikogruppen freigibt und dass gemäß § 87a Abs. 5 SGB V das geltende Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und weiterentwickelt werden kann. Die Weiterentwicklung setzt dabei auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen aus der 237. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), 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 15. März 2016 erhoben wurde. 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) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 15. März 2016 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 15. März 2016 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2012 bis 2014 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen mit Kostenübernahme nach § 264 Absatz 1 SGB V gemäß Eintrag in der Satzart 201 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 sowie der Relativgewichte für die demografischen Veränderungsdaten 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. 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 für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt.

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

- Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt.
- Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 4. Januar 2016) ihren Sitz hat.

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

1. Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet.
2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

2.2.2 Kappung der Versichertentage

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

2.2.3 Definition der Anzahl der 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 direkt 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 der Anlage 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 2014 (Leistungsjahr) ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich. Sollte der Bewertungsausschuss eine geänderte Empfehlung zur Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2017 beschließen, entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2017 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2017 zu erfolgen hat und passt die Anlage entsprechend der Empfehlung zur Leistungsbedarfsabgrenzung an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2014 (Leistungsjahr) 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 2013 und 2014 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 2013 und 2014 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 eingegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur die im Diagnosejahr 2012 und im Leistungsjahr 2014 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 2012 bis 2014 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

Datengrundlage ist der unter Nr. 2.3 festgelegte Datenkörper, wobei die Versicherten entsprechend der Alters- und Geschlechtsgliederung der KM6-Statistik zu gruppieren sind.

2.5 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsraten wird hinsichtlich der Versicherten der Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 wie folgt abgegrenzt:

1. In den Jahren 2013 und 2014 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 2013 und 2014 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.

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

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2013 und 2014 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: 4. Januar 2016) 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, 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. 2.6 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* = 2013, 2014).

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 $Jahr = 2013, 2014$

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

Die Ermittlung der 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 2014 (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 der Anzahl seiner Versichertenquartale im Leistungsjahr statt.

Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells bestimmen sich aus den Risikokategorien des Klassifikationssystems, einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen, nach Anwendung eines Kompressions- und Kalibrierungsalgorithmus gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2.

3.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p10a 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 2012 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2014, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale 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 2012 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 Abschnitt 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein positives Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)
2. Bei insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:
 - a. Die HCC mit dem größten p -Wert innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige p -Werte aus Abschnitt 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

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

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

3. AGG mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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.

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

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

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

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

Für längsschnittliche SV-Teilnehmer 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 2014 und 2013 abzüglich eins für die beiden Versichertenmengen als Komponente getrennt bestimmt.

Diese Komponenten werden mit dem im Jahr 2014 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2014 gewichtet aufsummiert, um die Veränderungsrate für den jeweiligen KV-Bezirk zu bestimmen.

In den anderen KV-Bezirken berechnen sich die diagnosebezogenen Veränderungsrate als Quotient der Morbiditätsindizes 2014 zu den jeweiligen Morbiditätsindizes 2013 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 $t = 2013, 2014$ erfolgt mit der Formel

$$\hat{y}_{i,VB}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j x_{i,j,VB}^{t,KV}$$

wobei der Index VB angibt, für welchen Versorgungsbereich (VB) ein relativer Risikowert berechnet wird. Dabei wird unterschieden zwischen VB = gesamt, d. h. alle Diagnosen des entsprechenden Versicherten werden berücksichtigt, und VB = Nicht-HA, d. h. es werden ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen verwendet.

Hierbei sind

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse des Klassifikationsmodells mit $j = 1, \dots, r$ (einschl. Alters- und Geschlechtsklassen) 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 (Satzart 211 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 05 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses sowie des Beschlusses aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine 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 2014 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 2014 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1 mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der versichertenbezogenen demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_{AG(i)}^{2014,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN14 \cap KV} LB_Punkte_i^{2014,MGV} \cdot DHF_{AG(i)}^{2014,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2014,MGV} \cdot DHF_{AG(i)}^{2014,KV}}$$

mit

KV: ausgewählter KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 (bzw. Versicherte im Jahr 2014 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, die dem ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden)

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

LB_Punkte_i^{2014,MGV}: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten *i* in Punkten gemäß Nr. 2.2.5

SVTN14: SV-Teilnehmer im Jahr 2014 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* = 2013, 2014 je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel

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

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

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

wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

NichtSVTN: längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres *t* in der Anwendungsmenge

SVTN_{nur_{73b}}: 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 Veränderungsrate 2013/2014

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate des Jahres 2013 zum Jahr 2014 erfolgt für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

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

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

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

5. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

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

Auf Basis des Lebensalters in 2012 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2014 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versicherten quartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versicherten quartalen 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. 2.6 in der dort beschriebenen KV-spezifischen Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 5 werden für die Jahre 2013 und 2014 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6

aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres im jeweiligen KV-Bezirk geteilt. Es resultieren die Demografieindizes für die Jahre 2013 und 2014. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2014 zum Demografieindex des Jahres 2013 abzüglich 1.

7. Transparenz der durchgeführten Berechnungen

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen in Abstimmung mit der AG IT des Bewertungsausschusses Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten, die demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7, die Korrekturfaktoren aus Nr. 2.8, eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß Anlage berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen, die verwendeten Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2 sowie die nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht gemäß KM6-Statistik gegliederten Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

8. Umgang mit längsschnittlich veränderter Datenqualität

Etwaige Verzerrungen der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zwischen 2013 und 2014 aufgrund längsschnittlich veränderter Datenqualität werden mit den diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 verrechnet. Der Bewertungsausschuss entscheidet in seinem Beschluss über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Teil B Nr. 3 Ziffer 1, ob und in welcher Höhe eine solche Korrektur vorgenommen wird.

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 2018 zu verwendende Klassifikationsmodell

1. Anlass für die Untersuchungen

Anlass für die in Nr. 3 aufgeführten und priorisierten empirischen Untersuchungen ist eine durch das Institut des Bewertungsausschusses vorzunehmende eingehendere Eignungsprüfung der Vorschläge, die die Trägerorganisationen zur Weiterentwicklung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten verwendeten Klassifikationsmodells eingebracht haben.

Der Bewertungsausschuss beabsichtigt, die Untersuchungsergebnisse bei dem durch den Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2017 zu fassenden Beschluss zu Festlegungen für das zu verwendende Klassifikationsmodell für die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 zu berücksichtigen.

2. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die in Nr. 3 aufgeführten und priorisierten Untersuchungen auf der vorliegenden aktuellen Datengrundlage mit höchster Priorität bis zum 31. März 2017 durchzuführen. Die Konzeption und Spezifikation der in Nr. 3 aufgeführten und priorisierten Untersuchungen erfolgt in Abstimmung zwischen dem Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses und dem Institut des Bewertungsausschusses und im Benehmen mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zum 31. Oktober 2016. Zur Klärung von Methodenfragen kann das Institut im Rahmen der Durchführung gegebenenfalls externe Sachverständige unter Berücksichtigung der Vorgaben zur Beauftragung Dritter hinzuziehen. Bisher vom Institut erstellte Auswertungsergebnisse können, soweit geeignet, für die Durchführung der in Nr. 3 aufgeführten Untersuchungen herangezogen werden.

3. Bezeichnung und Priorisierung der durchzuführenden Untersuchungen

Die durchzuführenden Untersuchungen werden wie folgt bezeichnet und priorisiert:

1. Einführung eines Faktors zur im Zeitablauf sich ändernden Datenqualität, auch bezogen auf die Datenjahre 2013 und 2014
2. Herausnahme der demographischen Variablen aus dem Klassifikationsmodell zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsraten
3. Einführung von neuen Variablen zum Umgang mit unterjährig Versicherten (AVQ6) in das Klassifikationsmodell zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsraten
4. Mindestversicherungszeit von 182 Tagen für Versicherte der Anwendungsmenge
5. Ausschluss der Versicherten mit den höchsten 1 % Cook-Distanz aus der Kalibrierungsmenge
6. Bildung von sog. ökonomisch homogenen Rest-HCC (ORHCC) bei der Komprimierung
7. Abgewichtung der Prävalenz durch die Quadratwurzel im Kompressionsalgorithmus bei der Bestimmung der Top-HCC aufgrund der ökonomischen Relevanz
8. Ausschluss von Diagnosen der nicht zur Kodierung verpflichteten Facharztgruppen aus der Datengrundlage

4. Ablösung von bisher beauftragten Untersuchungen

Soweit die in Nr. 3 aufgeführten Untersuchungen den im Beschluss der 355. Sitzung des Bewertungsausschusses enthaltenen Protokollnotizen inhaltlich entsprechen, werden diese abgelöst. Die weiteren, nicht durch die in Nr. 3 aufgeführten Untersuchungen erledigten Arbeitsaufträge des Instituts des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der AG Grouperanpassung bleiben von der Beauftragung in Nr. 2 unberührt.

5. Einvernehmliche Beauftragung weiterer Untersuchungen

Das Institut des Bewertungsausschusses wird von der AG Grouperanpassung nur einvernehmlich mit Untersuchungen beauftragt. Sofern dabei kein Einvernehmen hergestellt werden kann, ist hierüber zunächst im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses zu beraten und anschließend ggf. der Bewertungsausschuss zeitnah um Entscheidung zu bitten.

6. Bereitstellung und Transparenz der erstellten Untersuchungsergebnisse

Das Institut des Bewertungsausschusses dokumentiert die im Zusammenhang mit der Beauftragung nach Nr. 3, Nr. 4 und ggf. nach Nr. 5 durchgeführten Untersuchungen und deren Ergebnisse, einschließlich der zu deren Zustandekommen festgelegten Konzepte und Spezifikationen, und stellt diese dem Bewertungsausschuss in geeigneter Form bereit. Die zur Transparenz der Berechnungen erforderlichen und bisher nicht im Rahmen bestehender Datenlieferungen übermittelten Daten werden den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in geeigneter Form zur Verfügung gestellt.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016

Leistungssegmentliste für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2014 in Nr. 2.2.5 von Teil A dieses Beschlusses

Code	Bezeichnung ¹⁾	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

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/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	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

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/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 13620 bis 13622)	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

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/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
SOZIOTH	Soziotherapie (Abschnitt 30.8)	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