

B E S C H L U S S

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

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

Präambel

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

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

1. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

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

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

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

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

2. Festlegungen zur Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen

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

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

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

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

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

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

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

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

oder

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

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

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

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

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

oder

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

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

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

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

oder

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

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

3. Verwendung der ermittelten Ergebnisse

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

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

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

Protokollnotiz:

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017 zur Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen auf der Bundesebene und der Ebene des KV-Bezirks in Vorbereitung der Festlegung der Berechnungsvorgaben zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2018 mit Wirkung zum 29. März 2017

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. § 87a Abs. 5 Satz 8 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2017 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V 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 2017 das mit Wirkung für das Jahr 2018 zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung zu beschließen.

Hintergrund der Ermittlung außergewöhnlicher Prävalenzänderungen ist die durch den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 404. Sitzung am 6. Oktober 2015 vorgenommene Priorisierung des Themas Kodiervariation, gemäß der Festlegung aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015. Bezugspunkt dafür war die in lit. b) cc) des oben genannten Beschlusses in der 269. Sitzung getroffene Vorgabe zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems, dass die Risikokategorien des weiterentwickelten Klassifikationssystems erstens in Hierarchien anzuordnen und zweitens zu komprimieren sind, um den Einfluss von Variationen in der Kodierung multimorbider

Patienten oder solcher mit einem bestimmten Schweregrad einer Erkrankung einzugrenzen.

In dem oben genannten Beschluss zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems ist in Nr. 1 lit. a) grundsätzlich festgelegt, dass bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate insbesondere zu berücksichtigen ist, dass keine ambulanten Kodierrichtlinien zur Sicherstellung einheitlicher Diagnosequalität vorhanden sind, regional unterschiedliche Gegebenheiten, insbesondere unterschiedliche Abgrenzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorliegen können, und dass die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate auf der Ebene der Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen zu erfolgen hat. Zudem soll gemäß Nr. 1 lit. b) ee) das Berechnungsverfahren robust sein u. a. gegenüber verbliebenen Mängeln in den zugrunde liegenden Daten und gemäß lit. ff) das Klassifikationssystem resistent sein gegenüber möglichen Anreizwirkungen zur Manipulation der Dokumentationsgrundlagen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss macht genaue Vorgaben für die Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen der in der Datengrundlage vorhandenen kodierten Diagnosen sowie ggf. der Prävalenzänderungen zugehöriger Risikokategorien, zur Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses, deren Ergebnisse durch die Arbeitsebene des Bewertungsausschusses näher analysiert werden und die der Vorbereitung der Festlegung der Berechnungsvorgaben zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2018 dienen können.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der Ermittlung von Prävalenzänderungen der in der Datengrundlage zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2018 enthaltenen kodierten Diagnosen und ggf. zugehöriger hierarchisierter Risikokategorien auf der Bundesebene und der Ebene des KV-Bezirks beauftragt, die durch die Arbeitsebene näher analysiert werden sollen. Die Ermittlung als auch die Analyse soll sowohl KV-spezifisch als auch bundesweit erfolgen, da die diagnosebezogenen Veränderungsrate wesentlich auf bundeseinheitlich bestimmten Relativgewichten und auf KV-spezifischen Prävalenzänderungen der im Klassifikationsmodell ermittelten Risikoklassen zwischen zwei Jahren beruhen. Diese Risikoklassen basieren ihrerseits auf den ihnen zugrundeliegenden kodierten Diagnosen, welche zunächst in hierarchisierten Risikokategorien zusammengefasst und anschließend mithilfe eines Algorithmus weiter

komprimiert und den in der Datengrundlage aufgenommenen Versicherten zugeordnet werden.

Die KV-spezifischen Analysen sind Teil der Analysen, da die diagnosebezogenen Veränderungsdaten im Zusammenhang mit der Beschlussfassung zur Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V auch KV-spezifisch sind und die kodierten Diagnosen auf den in der Datengrundlage einbezogenen Berichtsjahren jeweils derjenigen Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk beruhen. Die bundesweiten Analysen begründen sich durch die Zuständigkeit der Bundesebene für das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zugrundeliegende bundeseinheitliche Klassifikationssystem und -modell, wobei zu beachten ist, dass sich gegenläufige Prävalenzänderungen auf der Ebene der KV-Bezirke ggf. auf Bundesebene kompensieren können und daher die Ermittlung und Analyse von Prävalenzänderungen auch auf der Ebene des KV-Bezirks erfolgt.

Die vom Institut ermittelten Ergebnisse sind der Arbeitsebene, insbesondere der AG medizinische Grouperanpassung und der AG Grouperanpassung, spätestens drei Wochen nach der Freigabe der festgelegten Datengrundlage und damit so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass eine Berücksichtigung im Rahmen der bis zum 30. Juni 2017 zu beschließenden Berechnungsvorgaben grundsätzlich möglich ist.

Es sollen lediglich Prävalenzänderungen von kodierten Diagnosen berichtet werden, die in dem Sinne außergewöhnlich sind, als dass eine relative Veränderung in den maßgeblichen Datenjahren zu beobachten ist, die kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands bzw. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands ist. Um die wegen ihrer Häufigkeit jeweils belangvollen Diagnosen zu berücksichtigen, sollen nur Diagnosen betrachtet werden, die bei mehr als 0,25 % der Versicherten in den betrachteten Datenjahren auftreten. Ist die relative Veränderung lediglich größer oder gleich der Differenz aus dem 25%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands und kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands bzw. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands und kleiner oder gleich der Summe aus dem 75%-Quantil und dem dreifachen des Interquartilsabstands, wird diese nur dann als außergewöhnlich berichtet, wenn die zugehörige hierarchisierte Risikokategorie (HCC) ebenfalls eine Prävalenzänderung kleiner als die Differenz aus dem 25%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands (bezogen auf die Prävalenzänderungen der HCCs) bzw. größer als die Summe aus dem 75%-Quantil und dem eineinhalbfachen des Interquartilsabstands (bezogen auf die

Prävalenzänderungen der HCCs) aufweist. Dabei werden nur HCCs betrachtet, die bei mehr als 0,5 % der Versicherten in den betrachteten Datenjahren auftreten.

Für die nähere Analyse der ermittelten Prävalenzänderungen sind zu den absoluten und relativen Veränderungen der Diagnosecodes auch die absoluten und relativen Veränderungen der zugehörigen hierarchisierten Risikokategorien anzugeben.

Zur Vorbereitung auf die anstehende Beschlussfassung zum Klassifikationsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2018 erfolgt die Untersuchung auf der Datengrundlage für die Jahre 2014 und 2015 und den Festlegungen des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2017 verwendeten Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V mit aktualisierten Jahresbezügen, insbesondere erfolgt die Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien mit dem zum jetzigen Zeitpunkt aktuellen Klassifikationssystem p10a.

Die ermittelten Ergebnisse werden auf der Arbeitsebene näher analysiert. Abhängig vom Analyseergebnis und sofern genauere Begründungen vorliegen, können die Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems, d. h. den Überleitungen von ICD-Kodes zu HCCs bzw. bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden. Sofern die nach Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses ermittelten Ergebnisse nicht näher analysiert wurden oder einvernehmlich festgestellt wurde, dass keine genaueren Begründungen vorliegen, bleiben sie bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems, bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sowie bei der Beschlussfassung zur Empfehlung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nummer 2 SGB V unberücksichtigt.

Die getroffenen Festlegungen zur Ermittlung von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen stellen kein Präjudiz für zukünftige Festlegungen dar.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschluss tritt mit Wirkung zum 29. März 2017 in Kraft.