

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 zur Korrektur der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 30. August 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2012 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 zu beschließen. Hierzu ist gemäß § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V vom Institut des Bewertungsausschuss u. a. eine diagnosebezogene Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu berechnen, die wiederum auf einer aktualisierten Datengrundlage basieren soll (§ 87a Absatz 5 Satz 4 SGB V).

In seiner 29. Sitzung am 19. und 25. Juni 2012, geändert durch Beschluss in seiner 30. Sitzung am 15. und 30. August 2012, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in § 2 Ziffer 2.1 Nr. 2, im Zusammenhang mit der entsprechenden Anlage, Vorgaben zu der zu verwendenden Datengrundlage getroffen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in der Anlage zu dem o.g. Beschluss in seiner 29. Sitzung (geändert durch Beschluss in der 30. Sitzung) die technischen Details festgelegt, die es dem Institut des Bewertungsausschusses ermöglichen, die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Berechnung der Veränderungsdaten aufgrund von entsprechenden Vorgaben durchzuführen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Regelungshintergrund

Bei der laufenden Qualitätssicherung der Datengrundlage „Geburtsstichprobe“ fiel auf, dass bei einigen Krankenkassen im Jahr 2010 im Vergleich zu anderen Krankenkassen überdurchschnittlich viele bzw. unterdurchschnittlich wenige Versicherte in der Datenlieferung enthalten sind, für die es im Jahr 2009 innerhalb der gesamten Datengrundlage keine Zuordnung zu irgendeiner Kasse gibt. Diverse Prüfungen des Instituts des Bewertungsausschusses ergaben, dass ein Großteil dieser im Jahr 2010 „neu gemeldeten“ Versicherten keine Zugänge in die gesetzliche

Krankenversicherung während des Jahres 2010 sein können, sondern auf Lieferlücken einzelner Kassen im Vorjahr 2009 zurückzuführen sind.

Bei den durchgeführten Qualitätssicherungsschritten wurde ein Versicherter als „neu gemeldeter Versicherter“ (in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. in der Datengrundlage) erkannt, wenn dieser im Jahr 2010 in den von den Krankenkassen gemeldeten Daten enthalten ist, allerdings im Jahre 2009 nicht enthalten war. Neugeborene des Jahres 2010 und Versicherte, die aufgrund der Erweiterung der Geburtstagsstichprobe im Jahr 2010 erstmals in den Datenbestand kamen, wurden in die Auswertungen nicht mit einbezogen. Bei den nun vorgenommenen Qualitätssicherungsschritten ergab sich, dass bei einigen Kassen die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ deutlich von der durchschnittlichen Inanspruchnahmequote aller „neu gemeldeten Versicherten“ abweicht. Aufgrund der atypischen Inanspruchnahme dieser Versicherten können die vorgesehenen Maßnahmen zum Umgang mit fehlenden Versichertendaten, die demografischen Hochrechnungsfaktoren, keine volle Wirkung entfalten. Die Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren beruht auf der Annahme, dass die ausgeschlossenen Versicherten eine ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe entsprechende Morbidität aufweisen. Ist diese Prämisse verletzt, können Fehler in der Datengrundlage, wie sie hier vorliegen, zu Verzerrungen der diagnosebezogenen Veränderungsdaten führen.

2.2 Regelungsinhalt

Zur Lösung der unter 2.1 beschriebenen Datenproblematik wird unter Nr. 1.2 des Beschlusses das folgende Verfahren beschrieben: Für jede Krankenkasse wird im Jahr 2010 der Anteil der „neu gemeldeten Versicherten“ an der Gesamtzahl der Versicherten bestimmt. In die weiteren Prüfungen werden nur diejenigen Krankenkassen einbezogen, die im Jahr 2010 mehr als 1.000 „neu gemeldete Versicherte“ haben. Bei Krankenkassen, bei denen der Anteil der „neu gemeldeten Versicherten“ um mehr als einen Prozentpunkt von 1,5 v. H. abweicht, wird die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ geprüft. Aufgrund der durch das Statistische Bundesamt berichteten Anzahl an Zuzügen nach Deutschland und der durch den Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. veröffentlichten Anzahl von Versicherten, die von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, wird ein Wert von 1,5 v. H. als regulärer Anteil von „neu gemeldeten Versicherten“ einer Krankenkasse unterstellt. In einem zweiten Schritt wird nun geprüft, ob die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ über oder unter dem Durchschnitt liegt. Als durchschnittliche Inanspruchnahmequote für „neu gemeldete Versicherte“ wird von einem Wert von 70 v. H. ausgegangen, wobei Abweichungen von 15 Prozentpunkten möglich sind. Wenn die vorgenannten Voraussetzungen für eine Krankenkasse vorliegen, erfolgt ein Ausschluss der „neu gemeldeten Versicherten“

dieser Krankenkasse aus der Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten.

Um Verzerrungen in der Versichertenstruktur der Datengrundlage gering zu halten und Strukturgleichheit zwischen den Jahren 2009 und 2010 zu erreichen, werden für die ausgewählten Krankenkassen auch die „neu gemeldeten Versicherten“ im Jahr 2009 ausgeschlossen.

Da für diejenigen Stichprobenversicherten, die im Jahr 2010 erstmals in die Erhebung aufgenommen wurden (neue Geburtstage), keine Prüfung auf „neu gemeldete Versicherte“ möglich ist, werden sie gemäß Nr. 1.1 dieses Beschlusses in Gänze für die Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsraten ausgeschlossen.

Die Nr. 2 des Beschlusses dient der Wahrung der in § 87a Abs. 5 SGB V vorgegebenen Frist, indem Ausschlüsse gemäß Nr. 1 des Beschlusses nicht bei der Ermittlung von Kosten- und Relativgewichten berücksichtigt werden müssen, sondern lediglich bei der Bestimmung von Veränderungsraten.

Der Beschluss legt unter Nr. 3 fest, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Datenstelle des Bewertungsausschusses beauftragt, die Pseudonyme der durch diesen Beschluss zusätzlich ausgeschlossenen Personen an die Träger des Bewertungsausschusses zu übermitteln.

3. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 30. August 2012 in Kraft.