

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 313. Sitzung am 19. August 2013**

### **zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2014 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V unter besonderer Berücksichtigung von Versicherten mit Einschreibung in Selektivverträge gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V**

**mit Wirkung zum 19. August 2013**

---

#### **Präambel**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013 – entsprechend der Fristvorgabe aus dem Beschluss der 269. Sitzung vom 25. Januar 2012 – die Bestandteile des Klassifikationsmodells und die notwendigen Festlegungen seiner Ausgestaltung für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, mit Ausnahme der Festlegungen zu den bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten zu verwendenden Geburtskalendertagen und zum Umgang mit Versicherten, die in dem Jahr 2010 bzw. 2011 in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren (sog. Selektivvertragsteilnehmer), beschlossen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden nun die notwendigen Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2014 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V unter besonderer Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern getroffen, so dass auf der Grundlage dieses Beschlusses, in Verbindung mit den im Beschluss aus der 309. Sitzung getroffenen Festlegungen, die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses erfolgt, wobei eine Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Empfehlung der Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2014 ggf. zu berücksichtigen ist.

#### **1 Ergänzende Festlegungen zur Datengrundlage der Anwendungsmenge**

Die Festlegungen der Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsraten aus dem Beschluss der

309. Sitzung des Bewertungsausschusses werden in Umsetzung der Ziffern 2 und 3 der Nr. 2.5 des genannten Beschlusses dahingehend konkretisiert, dass die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 des genannten Beschlusses wie folgt weiter abgegrenzt wird.

### **1.1 Zu berücksichtigende Geburtskalendertage**

Die für die Jahre 2010 und 2011 zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten sind der 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Tag eines Monats.

### **1.2 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)**

Ein Versicherter wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert, wenn er gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2010 und 2011 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherte definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2010 und 2011 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

### **1.3 Zu berücksichtigende Versicherte in der Anwendungsmenge**

In die Anwendungsmenge werden alle längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer gemäß Nr. 1.2 aufgenommen sowie die längsschnittlichen SV-Teilnehmer gemäß Nr. 1.2 der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern.

## **2 Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

Die Datengrundlage für die Berechnungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ist die gemäß Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses spezifizierte Anwendungsmenge. Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten 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 Komprimierung und Kalibrierung gemäß Nr. 3.1 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses. Für längsschnittliche SV-Teilnehmer der

Anwendungsmenge werden bei der Ermittlung der Risikoklassen ausschließlich die fachärztlichen Diagnosen herangezogen.

Die Morbiditätsindizes berechnen sich, basierend auf der Definition gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012, KV-spezifisch als gewichtete Summe der relativen Risikowerte der Versicherten der Anwendungsmenge, allerdings für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern getrennt für die Gruppe der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer und die Gruppe der längsschnittlichen SV-Teilnehmer. Zur Berücksichtigung der spezifischen Morbidität der längsschnittlichen SV-Teilnehmer wird in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Quotient der Morbiditätsindizes der Jahre 2011 und 2010 abzüglich eins für die beiden Versichertengruppen getrennt bestimmt.

Diese werden mit dem im Jahre 2011 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2011 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 2011 zu den jeweiligen Morbiditätsindizes 2010 abzüglich eins.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

## 2.1 Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge

### 2.1.1 Relative Risikowerte

Die Berechnung relativer Risikowerte für jeden Versicherten  $i$  der Anwendungsmenge für die Jahre  $t = 2010, 2011$  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=FA, d. h. es werden lediglich fachärztliche Diagnosen im Klassifikationssystem zur Bestimmung der Risikokategorien verwendet. Hierbei sind

$\hat{\beta}_j$ : bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse des Klassifikationsmodells mit  $j=1, \dots, r$  (einschl. Alters- und

Geschlechtsklassen). Die bundeseinheitlichen Relativgewichte werden gemäß der Festlegung in Nr. 3.1.3 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses bestimmt.

$x_{i,j,gesamt}^{t,KV}$ : Ausprägung der Risikoklasse  $j$  beim Versicherten  $i$  der entsprechenden KV, im Jahr  $t$ , mit  $VB=gesamt$

$x_{i,j,FA}^{t,KV}$ : Ausprägung der Risikoklasse  $j$  beim Versicherten  $i$  der entsprechenden KV, im Jahr  $t$ , wobei die Risikoklassen nur aufgrund der fachärztlichen Diagnosen sowie des Alters und Geschlechts gebildet werden ( $VB=FA$ ); unter fachärztlichen Diagnosen sind nur solche Diagnosen zu verstehen, die von Betriebsstätten mit der HA/FA-Kennzeichnung „1“ (Satzart 211 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 05 der technischen Anlage zu Teil A, Abschnitt II., des Beschlusses der 237. Sitzung des Bewertungsausschusses sowie der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses) vergeben wurden.

$KV$ : Kennzeichnung des KV-Bezirk, für den der Risikowert gebildet wird, entsprechend der Wohnortzuordnung des Versicherten  $i$  im Jahr  $t$

$r$ : Anzahl der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung und Kalibrierung gemäß Nr. 3.1 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses

### 2.1.2 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Anhand der Anwendungsmenge nach Nr. 1 wird für das Jahr 2011 für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer des Jahres 2011 am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ( $DHF_i^{2011,KV}$ ) aus Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN11 \cap KV} LB\_EuroGO_i^{2011,MGV} \cdot DHF_i^{2011,KV}}{\sum_{i \in KV} LB\_EuroGO_i^{2011,MGV} \cdot DHF_i^{2011,KV}}$$

mit

*KV*: KV Baden-Württemberg, KV Bayerns

und

$G_{KV}$ : Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil) für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

$LB\_EuroGO_i^{2011,MGV}$ : morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i nach Euro-Gebührenordnung (Satzart 210 der Geburtstagsstichprobe, Feld-Nr. 11 der Anlage 2 des Beschlusses aus der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss aus der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses)

*SVTN11*: SV-Teilnehmer des Jahres 2011 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses

## 2.2 Morbiditätsindex

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV-Bezirk und Jahr (und für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern getrennt für die Versichertengruppen längsschnittliche SV-Teilnehmer und längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer) auf der Anwendungsmenge nach Nr. 1 erfolgt eine Gewichtung der relativen Risikowerte der Versicherten mit der Zahl der Versichertenquartale im jeweiligen Jahr sowie eine Hochrechnung gemäß der demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung.

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre  $t = 2010, 2011$  je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel:

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

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern mit der Formel:

$$\bar{y}_{FA}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{SVTN}} (\hat{y}_{i,FA}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in \text{SVTN}} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}$$
 wobei folgende Bezeichnungen verwendet

werden:

- NichtSVTN*: längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge
- SVTN*: 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 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung
- $DHF_i^{t,KV}$ : demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i, bezogen auf das Jahr t gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung

### 2.3 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten 2010/2011

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate des Jahres 2010 zum Jahr 2011 erfolgt für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern mit der Formel:

$$VR_{2010 \rightarrow 2011}^{KV} = G_{KV} \cdot \left( \frac{\bar{y}_{FA}^{2011,KV}}{\bar{y}_{FA}^{2010,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left( \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2011,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2010,KV}} - 1 \right)$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{2010 \rightarrow 2011}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2011,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2010,KV}} - 1$$

### 3 Transparenz der durchgeführten Berechnungen

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung für die nach Nr. 1 festgelegte Anwendungsmenge sowie die verwendeten Faktoren gemäß Nr. 2.1.2 zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

#### Protokollnotizen:

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, den Einfluss von Einschreibzeitpunkt und -zeitraum von Selektivvertragsteilnehmern auf die

Morbiditätsstrukturveränderung im Kollektivvertrag zu untersuchen und dabei insbesondere die Zusammensetzung der Selektivvertragsteilnehmer und die Entwicklung der Morbiditätsstruktur ihrer Teilgruppen im Zeitverlauf zu analysieren.

2. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, die Morbiditätsstrukturveränderung im Kollektivvertrag differenziert nach Vertragstypen von Selektivverträgen zu untersuchen.
3. Der Bewertungsausschuss wird seine Vorgaben zu zukünftigen Datenlieferungen, insbesondere seine Vorgaben in dem zuletzt in der 307. Sitzung des Bewertungsausschusses gefassten Beschluss (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) dahingehend überprüfen, ob die Vollständigkeit der Geburtstagsstichprobendaten auch für Versicherte neuer Geburtskalendertage im ersten Jahr ihrer Stichprobenteilnahme sichergestellt ist. Der Bewertungsausschuss wird den genannten Beschluss ggf. anpassen.