

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 15. August 2014

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2014 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 2014 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 einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung zu beschließen.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung trifft Festlegungen zum diagnosebezogenen Klassifikationsmodell, das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V zu verwenden ist. Insbesondere wird auch der Umgang mit Versicherten geregelt, die in mindestens einem der Jahre 2010 bis 2012 in einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren (sog. Selektivvertragsteilnehmer). Darüber hinaus erfolgen auch Festlegungen zur Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss beschreibt in Nr. 2 die notwendigen Festlegungen zu den 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 Nr. 3 und 4 des Beschlusses werden Festlegungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Relativgewichte und Veränderungsraten getroffen, insbesondere werden Details festgelegt zu Art und Weise der Verwendung der Risikokategorien innerhalb der Berechnungen, zu den verwendeten Zeithorizonten und Leistungsabgrenzungen und zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern 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.

In Nr. 5 und 6 des Beschlusses werden entsprechende Festlegungen zur Berechnung der demografischen Relativgewichte und Veränderungsraten getroffen.

Des Weiteren werden in Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses Maßnahmen zur Gewährleistung der Transparenz angeführt.

In Nr. 8 des Beschlusses erfolgt eine Anpassung zu den Vorgaben der Berichtslegung, wie sie im Weiterentwicklungsbeschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung angegeben wurden.

Die beschlossene Ausgestaltung des Klassifikationsmodells setzt auf dem Klassifikationssystem der Version p08a, welches der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 388. Sitzung am 3. Juni 2014 freigegeben hat, auf und beschreibt das mit Wirkung für das Jahr 2015 geltende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, welches gegenüber dem bis dahin geltenden Klassifikationsmodell weiterentwickelt wurde.

Die Version p08a 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 p08a 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 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erweitert um die vom Bewertungsausschuss in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossene Datenlieferung für das Jahr 2012 unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen. Die erhobene Datengrundlage bezieht sich auf Versicherte mit den Geburtskalendertagen 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Tag eines Monats für die Jahre 2010 bis 2012 sowie zusätzlich der Geburtskalendertag 18. Tag eines Monats ab dem Jahr 2011 und der Geburtskalendertag 25. Tag eines Monats für das Jahr 2012.

In die Berechnungen werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 9. April 2014 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2010 bis 2012 einbezogen. Die Ausschlusskennzeichnung erfolgt zum Stand 9. April 2014, da das Institut des Bewertungsausschusses bis zu diesem Zeitpunkt die Prüfung der längsschnittlichen Datenqualität abgeschlossen hatte.

Zusätzlich werden jene Versicherten in der Datengrundlage nicht berücksichtigt, für die gemäß Eintrag in Feld 13 der Satzart 201 eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V (sog. Betreute) vorliegt. Der Ausschluss der sog. Betreuten ist notwendig, da die Versichertenstammdaten dieser Versicherten insbesondere für das Berichtsjahr 2011 nur teilweise an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden. Da bisher nicht untersucht wurde, ob die sog. Betreuten eine vom Durchschnitt abweichende Morbidität aufweisen, wird einer Verzerrung der diagnosebezogenen Veränderungsrate durch den Ausschluss der sog. Betreuten vorgebeugt.

Während für das Regressionsmodell zur Bestimmung der Risikoklassen und deren Relativgewichten die Diagnosen der Versicherten des Jahres 2010 und der Leistungsbedarf der Versicherten des Jahres 2012 maßgeblich sind, sind für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten die Versicherten- und Diagnosedaten der Jahre 2011 und 2012 heranzuziehen.

Für die Qualitätssicherung der Kennzeichnung selektivvertraglicher Teilnahme sowie die Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 237. und 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter

Berücksichtigung von Korrekturlieferungen bis zum 20. Juni 2014 und unter Anwendung der im Rahmen der Qualitätssicherung festgelegten Ausschlusskennzeichen einbezogen.

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, die Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern (SV-Teilnehmern) und die Definition längsschnittlicher SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer 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 Veränderungsraten 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.

Grundsätzlich soll einem Versicherten der KV-Bezirk zugeordnet werden, in dem er in dem entsprechenden Jahr zuletzt seinen Wohnsitz hatte. Versicherten, deren Wohnsitz im Ausland liegt oder deren Wohnsitz in der Datengrundlage nicht angegeben ist, wird ersatzweise der KV-Bezirk zugeordnet, in dem die Krankenkasse, bei dem der Versicherte versichert ist, ihren Sitz hat.

Praktisch wird die Zuordnung eines KV-Bezirks zu einem Versicherten dadurch erschwert, dass zu einem Versicherten in der Datengrundlage (zum Beispiel aufgrund der Verlegung des Wohnsitzes) mehrere verschiedene Wohnsitze bzw. Ersatzwerte

(Kassensitze) angegeben sein können, von denen (ggf. unter Einbeziehung weiterer Informationen) einer auszuwählen ist. Die im Beschluss enthaltene Beschreibung des für die Zuordnung eines KV-Bezirks verwendeten Algorithmus präzisiert das grundsätzliche Vorgehen aus dem letzten Jahr dahingehend, dass zu bisher nicht explizit erfassten Konstellationen, die in der Datengrundlage auftreten, eine allgemeingültige Regelung getroffen wird.

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 Implausibilitäten der aufsummierten Anzahl an Versichertentagen zu korrigieren, werden die betroffenen Versichertentage auf die maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt.

3.2.3 Definition der Anzahl der Versichertenquartale

Für Gewichtungs- 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 die Verstorbenen des Jahres 2012 und ihre spezifische Diagnosen- und Leistungsbedarfsbesonderheiten nicht auszuschließen, wird die 45-Tage-Regel 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.

Im Prozess der Qualitätssicherung der Datengrundlage wurden Abrechnungsfälle, die den Stichprobenversicherten nicht zugeordnet werden können, weiter untersucht; dabei wurden erhebliche Anteile festgestellt, die zu Neugeborenen gehören müssen. Diese sind durch nicht vollständige Datenzusammenführung verursacht, die zu einer geringen Güte in der Klassifikation dieser Stichprobenversicherten führt. Daher werden

mit diesem Beschluss – abweichend vom letztjährigen Beschluss – einige Festlegungen getroffen, mit denen die jetzt nicht behebbaren Unvollständigkeiten behelfsweise kompensiert werden sollen.

Hierzu wird festgelegt, dass Neugeborene nun nicht mehr von der Prüfung auf Versichertenzeitvollständigkeit ausgenommen werden. In der Kalibrierungsmenge sind somit von den Neugeborenen nur diejenigen enthalten, die in allen vier Quartalen des Jahres 2010 mindestens 45 Versichertentage aufweisen und deren Abrechnungsfälle in der Datengrundlage daher besser zugeordnet sind.

Zum vorliegenden Beschluss wird in den Protokollnotizen festgestellt, dass einige diesjährige Festlegungen – auch die zu Neugeborenen – kein Präjudiz für Festlegungen des nächsten Jahres darstellen.

3.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Die Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs zur Berechnung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt gemäß Anlage 1 des Beschlusses. Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird analog zum Vorjahr aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung (LB-Euro-GO) berechnet. Die inhaltliche Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs zur Berechnung der bundeseinheitlichen Relativgewichte ist gegenüber dem Vorjahr unverändert.

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 2015 kommen kann, behält sich der Bewertungsausschuss vor, in diesem Fall eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten vorzunehmen.

Für die Berechnung der Relativgewichte werden die Leistungsbedarfe aus dem Jahr 2012 (Leistungsjahr) anhand der Versichertenquartale des Versicherten annualisiert.

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 Versicherte als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn für sie Daten aus selektivvertraglicher Versorgung vorliegen.

Aus Qualitätssicherungsgründen werden die Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 237. und 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zusätzlich herangezogen. Der Abgleich der

Geburtstagsstichprobe mit den Datenlieferungen 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.

Gegenüber der letztjährigen Beschlussfassung zum Klassifikationsmodell ist die Bedingung, mit der Selektivvertragsteilnehmer anhand des Verhältnisses des Leistungsbedarfs aus dem haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich identifiziert werden können, entfallen, da die Qualitätssicherung der Datengrundlage gezeigt hat, dass dieses Kriterium derzeit nicht erforderlich ist.

Als längsschnittliche SV-Teilnehmer gelten diejenigen Versicherten, die in mindestens einem Quartal des Jahres 2011 oder 2012 in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren.

Als längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer gelten diejenigen Versicherten, die in keinem Quartal der Jahre 2011 und 2012 in einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren.

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 2010 und im Leistungsjahr 2012 vorhanden sind, herangezogen. Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten zu vermeiden, werden nur diejenigen Versicherten einbezogen, die in beiden Jahren versichertenzeitvollständig waren.

Darüber hinaus werden Versicherte, die in mindestens einem der Jahre 2010 bis 2012 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 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 2011 und / oder 2012 berücksichtigt.

Gegenüber der letztjährigen Beschlussfassung zum Klassifikationsmodell werden hier einige Festlegungen weiterentwickelt, die nachfolgend im Einzelnen begründet werden.

So werden Stichprobenversicherte, die in einem Kalenderjahr weniger als 120 Tage gesetzlich krankenversichert waren, in diesem Kalenderjahr für die Bestimmung diagnosebezogener Veränderungsraten nicht herangezogen. Grund dafür ist, dass das geltende Klassifikationsmodell für eine möglichst vollständige Versichertenzeit und Diagnosendokumentation konzipiert ist und bei jahresunvollständigen Dokumentationen eine geringere Güte aufweisen kann. Ausgenommen von dieser Nichtberücksichtigung sind die Verstorbenen des jeweiligen Jahres sowie Stichprobenversicherte, bei denen die Angabe von weniger als 120 Versichertentagen aufgrund des Vorliegens von Abrechnungsfällen in Quartalen ohne dokumentierte Versichertenzeit unplausibel erscheint.

Auch wenn die eher kurzzeitig Versicherten (z. B. Wechsler aus der oder in die private Krankenversicherung) aus der Anwendungsmenge ausgeschlossen und durch die demografische Hochrechnung berücksichtigt werden, ist dennoch festzuhalten, dass der größere Teil der unterjährig Versicherten bei den Berechnungen nach wie vor unmittelbar einbezogen bleibt.

Ebenfalls abweichend von den Festlegungen des Bewertungsausschusses in der 309. und 313. Sitzung sind Versicherte, die nach Nr. 2.2.6 dieses Beschlusses als Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer) identifiziert wurden und die an einem anderen Vertrag als einem Vertrag gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben, nicht Bestandteil der diesjährigen Anwendungsmenge.

Ausgeschlossen werden also insbesondere Teilnehmer an Selektivverträgen der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V bzw. Teilnehmer an Integrierter Versorgung nach § 140a ff SGB V. Grund für diese Weiterentwicklung ist, dass die Morbidität der berücksichtigten SV-Teilnehmer in ähnlicher Weise in die Berechnungen eingehen soll wie im letzten Jahr, also nur fachärztlich gestellte Diagnosen verwendet werden. Bei Teilnehmern an Verträgen gemäß § 73c bzw. § 140a SGB V sind die fachärztlichen Diagnosen in der Anwendungsmenge allerdings bedingt durch den Abrechnungsweg „außerhalb der KV“ in der Regel nicht vollständig

enthalten. Damit können fachärztliche Diagnosen ausgeblendet sein, obwohl gerade sie für die Bestimmung der Raten verwendet werden sollen. Mit der hier gewählten Lösung werden SV-Teilnehmer, für die nicht sichergestellt ist, dass sie ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V teilgenommen haben, von der Klassifikation ausgeschlossen und stattdessen im Rahmen der Hochrechnung berücksichtigt.

Diese Weiterentwicklungen sollen vermeiden, dass Stichprobenversicherte mit eher geringer Versichertenzeit bzw. lückenhafter Diagnosendokumentation die Ergebnisse verzerren können.

Die Berücksichtigung der in der Anwendungsmenge nicht einbezogenen SV-Teilnehmer erfolgt im Rahmen der demografischen Hochrechnung sowie durch den Einbezug in den Gewichtungsfaktor gemäß Nr. 4.2 des Beschlusses.

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

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten besteht wie im letztjährigen Beschluss aus den Versicherten der amtlichen KM6-Statistik, aktualisiert um ein Berichtsjahr.

3.2.10 Demografische Hochrechnungsfaktoren

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 Grundgesamtheit der GKV-Versicherten sicherzustellen, werden die Risikowerte für die diagnosebezogene Veränderungsrate mit demografischen Hochrechnungsfaktoren hochgerechnet.

Für Selektivvertragsteilnehmer ist ein Korrekturfaktor erforderlich, da in der Anwendungsmenge nur § 73b-Selektivvertragsteilnehmer berücksichtigt werden, die aber auf alle Selektivvertragsteilnehmer demografisch hochgerechnet werden sollen.

4. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten

Die Anwendung des Klassifikationsmodells zur Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgt, nach der Klassifikation von vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen in diagnosebezogene Risikokategorien durch das Klassifikationssystem p08a, in drei Stufen. Auf der ersten Stufe werden prospektive, bundeseinheitliche Relativgewichte für die einzelnen Risikokategorien bzw. daraus abgeleitete Risikoklassen einschließlich von Alters- und Geschlechtsgruppen gebildet.

In der zweiten Stufe 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 werden die diagnosebezogenen Veränderungsraten als Quotient der beiden Morbiditätsindizes 2012 und 2011 abzüglich eins für die 17 KV-Bezirke berechnet, wobei für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern eine gesonderte Berücksichtigung der dort in der Anwendungsmenge befindlichen SV-Teilnehmer erfolgt.

4.1 Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten und diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die Bestimmung von prospektiven, bundeseinheitlichen Relativgewichten mit Diagnosen des Jahres 2010 und dem Leistungsbedarf des Jahres 2012 (in der Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs) für die Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsraten 2011/2012 für den jeweiligen KV-Bezirk erfolgt durch eine gewichtete multiple lineare Regressionsrechnung.

Der 2-Jahres-Bezug beruht auf der Festlegung des Bewertungsausschusses 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 2012 verstorbenen Versicherten entsprechend ihrer Versicherungszeit 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, werden – wie bereits im bisher geltenden Modell – die Kriterien der ökonomischen Relevanz und der hohen Erklärungskraft sowie der höchsten Risiken (Relativgewicht größer gleich 1,5) herangezogen.

Zur Erhöhung der Abbildungsgenauigkeit werden die beiden Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) für 0-5-Jährige jeweils in eine AGG für 0-Jährige und eine AGG für 1-5-Jährige aufgeteilt.

Die durch die Kompression resultierenden Risikoklassen der THCC, RHCC mit Ausnahme der RHCC024 und 34 Alters- und Geschlechtsgruppen 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 bundeseinheitliche Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendet.

4.2 Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsrate

Zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate sind insbesondere die relativen Risikowerte der Versicherten und die Morbiditätsindizes zu bestimmen.

Die relativen Risikowerte ergeben sich als Summe der mit den Relativgewichten bewerteten, individuell vorliegenden Risikoklassen der Versicherten, wobei diese Festlegung sowohl für Nicht-SV-Teilnehmer wie für SV-Teilnehmer zutrifft bzw. ausgeführt wird. Die Ausprägung der Risikoklassen eines längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmers ergibt sich durch die Zuordnung seiner Diagnosen zu den nach Nr. 3.1.2 des vorliegenden Beschlusses bestimmten Risikoklassen.

Für längsschnittliche SV-Teilnehmer werden – wie auch schon im letztjährigen Beschluss – Diagnosen ohne Einbezug des hausärztlichen Versorgungsbereichs zur Ermittlung der Ausprägung der Risikoklassen herangezogen. Anders als im letztjährigen Beschluss können mit der weiterentwickelten Methodik des vorliegenden Beschlusses nun auch fachärztliche Diagnosen aus versorgungsbereichsübergreifenden Einrichtungen, wie z.B. aus Medizinischen Versorgungszentren, berücksichtigt werden.

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV-Bezirk erfolgt eine Gewichtung der relativen Risikowerte der Versicherten mit der Zahl der Versichertenquartale und den demografischen Hochrechnungsfaktoren im jeweiligen Jahr. Für die KV-Bezirke

Baden-Württemberg und Bayern werden Morbiditätsindizes getrennt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer und längsschnittliche SV-Teilnehmer berechnet und bei letzteren zusätzlich der Korrekturfaktor gemäß Nr. 2.7.1 des Beschlusses berücksichtigt.

Die diagnosebezogenen Veränderungsrate der KV-Bezirke außer Baden-Württemberg und Bayern bestimmen sich als Quotient aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 und dem des Jahres 2011 abzüglich eins.

Die diagnosebezogenen Veränderungsrate für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern ergeben sich jeweils als gewichtete Summe des Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 und dem des Jahres 2011 der längsschnittlichen SV-Teilnehmer abzüglich eins und dem Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 und dem des Jahres 2011 der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer abzüglich eins.

Die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer erfolgt mit dem Anteil des mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller SV-Teilnehmer des Jahres 2012 an dem mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten der Anwendungsmenge mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Jahr 2012. Der komplementäre Anteil, der als Differenz zu 100 % verbleibt, bestimmt die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex der Nicht-SV-Teilnehmer.

Durch den Einbezug aller SV-Teilnehmer bei dem Gewichtungsfaktor werden auch die nicht in der Anwendungsmenge enthaltenen SV-Teilnehmer bei der Berechnung der Veränderungsrate berücksichtigt.

Um die Unterjährigkeit von Versicherten im jeweiligen Diagnosenjahr zu berücksichtigen, werden die Risikowerte mit den Versichertenquartalen gewichtet. Das Vorgehen ist unverändert gegenüber den letztjährigen Festlegungen, da auch nach Ausschluss von einigen Stichprobenversicherten, die weniger als 120 Versichertentage aufweisen, der Sachverhalt unterjähriger Versicherungszeit bei vielen weiteren Versicherten nach wie vor vorliegt.

5. Festlegungen zur Ermittlung von demografischen Relativgewichten und demografischen Veränderungsrate

Die Bestimmung von Relativgewichten für die demografischen Veränderungsrate erfolgt auf der Basis des Lebensalters in 2010 und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs in 2012. 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 2012 zum Demografieindex des Jahres 2011 abzüglich eins. 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. 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 für die nach Nr. 2.5 des Beschlusses festgelegte Anwendungsmenge,
- die Korrekturfaktoren nach Nr. 2.7.1 des Beschlusses,
- eine Liste der gemäß Nr. 2.2.5 des Beschlusses berücksichtigten GOPs,
- die verwendeten Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2 des Beschlusses,
- die nach Jahr, KV-Bezirk und Alters-/Geschlechtsgruppe gemäß KM6 gegliederten Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 des Beschlusses

zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

Darüber hinaus erfolgt eine Neuauslieferung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 – 2012 (GSPR), um den Empfängern die Datengrundlage bereitzustellen, die konsistent ist mit der durch diesen Beschluss gefassten regionalen Abgrenzung. Mit dieser Neuauslieferung erhalten die Empfänger zudem korrigierte und inhaltlich weiter differenzierte Kennzeichnungen für die Teilnehmer an bereinigungsrelevanten Selektivverträgen.

7. Anpassung der Vorgaben zur Berichtslegung

Um die Abstimmung der gemäß Beschluss Teil A des Bewertungsausschuss in seiner 269. Sitzung zu erstellenden Berichte zur Bestimmung der Veränderungsarten zu vereinfachen und zeitlich zu beschleunigen, werden die Vorgaben zur Berichtslegung dahingehend angepasst, dass das Institut nicht mehr über die dort genannte „Erreichung der in lit. b) vorgegebenen Ziele“ berichtet.

8. Protokollnotizen

In dem vorliegenden Beschluss wird in den Protokollnotizen festgelegt, dass die Festlegungen zum Umgang mit Betreuten, Unterjährigen und Neugeborenen zunächst auf das Klassifikationsmodell 2014 beschränkt sind, d.h. kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell 2015 darstellen.

In Vorbereitung der Festlegungen für das im Jahr 2015 zu verwendende Klassifikationsmodell und in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Trägerorganisationen insbesondere die in den Protokollnotizen formulierten Auswertungen zu Ausreißern, dem Umgang mit unterjährig Versicherten sowie der Überprüfung der demografischen Hochrechnung vorzunehmen.

9. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt in Kraft, sobald das schriftliche Beschlussverfahren abgeschlossen ist.