

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 30. Juni 2012

1 Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Absatz 5 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 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 2012 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 Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung trifft Festlegungen zum diagnosebezogenen Klassifikationsmodell (Ausgangspunkt, Modellausgestaltung, Datengrundlage und -abgrenzung), das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V zu verwenden ist. Darüber hinaus erfolgen auch Festlegungen zur Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in der Anlage zu dem Beschluss in seiner 29. Sitzung die technischen Details festgelegt, die es dem Institut des Bewertungsausschusses ermöglichen, die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Berechnung der Veränderungsdaten aufgrund von präzisen und interpretationsfreien Vorgaben durchzuführen.

2 Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss beschreibt sowohl die Ausgestaltung des für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zu verwendenden Klassifikationsmodells als auch die für die Ermittlung der nach demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) zu ermittelnden Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V notwendigen Festlegungen.

Die beschlossene Ausgestaltung des Klassifikationsmodells setzt auf dem Klassifikationssystem der Version p06b, welches der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gemäß der Vorgabe aus dem Beschluss der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses in seiner 365. Sitzung am 11. Juni 2012 freigegeben hat, auf und beschreibt das mit Wirkung für das Jahr 2013 geltende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, welches gegenüber dem bis dahin geltenden Klassifikationsmodell weiterentwickelt wurde.

Die Version p06b des Klassifikationssystems als Zuordnungsinstrument von Behandlungsdiagnosen zu Risikokategorien des Klassifikationsmodells umfasst insbesondere Zuordnungen von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien und deren hierarchischer Anordnung, die geprägt sind von dem durch den Bewertungsausschuss in seiner 269. Sitzung festgelegten Verwendungszweck des Klassifikationssystems und den dabei zu berücksichtigenden Anwendungsbedingungen. Grundlage für die Benutzung der Version p06b 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 der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells das vom 15. Erweiterten Bewertungsausschuss am 2. September 2009 in Beschluss Teil B Nummer 2.3 beschlossene Modell ist. Die Freigabe der Version p06b des Klassifikationssystems hat der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 11. Juni 2012 erteilt.

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 Kosten- bzw. Relativgewichte sowie der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ist die Geburtstagsstichprobe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. und 237. Sitzung, die sich insgesamt auf die Kalenderjahre bis 2010 erstreckt und die nach Qualitätssicherung in der Version 4.0 für die weitere Verwendung freigegeben wurde. Für die Berechnungen zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Absatz 5 SGB V werden die Jahre 2008 bis 2010 verwendet, wobei sich der Stichprobenumfang bei der Erhebung im Jahr 2010 erhöht hat, da nunmehr Versicherte mit ihren pseudonymisierten Versichertenstamm- und Abrechnungsdaten in die Stichprobe eingehen, deren Geburtstag auf einen der sechs (bisher vier) je Monat festgelegten Tage fällt. Damit umfasst die Geburtstagsstichprobe etwa 13,2 % bzw. im Jahr 2010 etwa 19,7 % aller GKV-Versicherten.

In die Berechnungen werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung nicht auffälligen Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2008 bis 2010 einbezogen. Ausgeschlossen werden Versicherte mit ihren pseudonymisierten Versichertenstamm- bzw. Abrechnungsdaten, die im Rahmen der Qualitätssicherung aufgrund von erkannten Datenfehlern ein Ausschlusskennzeichen erhalten haben. Im Anschluss an die Freigabe der Geburtstagsstichprobe wurden zusätzlich alle Abrechnungsfälle mit ihren Leistungen und Diagnosen von Direktabrechnern aus Auftragsgeschäften der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausgeschlossen, weil diese Abrechnungsdaten nicht zum Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zählen.

In der Geburtstagsstichprobe erfolgt die KV-Zuordnung der Versicherten jahresbezogen, da die Feststellung der Morbiditätsstrukturveränderung querschnittsbezogen erfolgt, d. h. bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk im jeweiligen Kalenderjahr.

Die Anwendung des Klassifikationsmodells zur Bestimmung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten erfolgt, nach der Klassifikation von vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen in diagnosebezogene Risikokategorien durch das Klassifikationssystem p06b, in zwei Stufen. Auf der ersten Stufe, der Kalibrierungsstufe, werden sogenannte Kosten- und Relativgewichte bundesweit für die einzelnen Risikokategorien bzw. daraus abgeleitete Risikoklassen sowie Alters- und Geschlechtsgruppen gebildet. In der zweiten Stufe, der Anwendungsstufe, werden diese Kosten- bzw. Relativgewichte dazu benutzt, die Morbiditätsstruktur in den 17 KV-Bezirken im Sinne eines Morbiditätsindex für verschiedene Jahre zu beschreiben und die diagnosebezogenen Veränderungsdaten als Quotient der beiden Morbiditätsindizes 2010 und 2009 für die 17 KV-Bezirke anzugeben.

2.1 Kalibrierungsmenge zur Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Kosten- bzw. Relativgewichte

Entsprechend dem 2-jährig prospektiven Modell der ersten Stufe werden als Datengrundlage für die Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte, d. h. für die sog. Kalibrierungsmenge nur Versicherte, die im Diagnosenjahr 2008 und im Leistungsjahr 2010 vorhanden sind, herangezogen. Um mögliche Verzerrungen durch unvollständige Versicherungszeiten zu vermeiden, werden nur diejenigen Versicherten einbezogen, die in beiden Jahren versichertenzeitvollständig waren. Als versichertenzeitvollständig gilt ein Versicherter, der in dem betreffenden Kalenderjahr in jedem der zugehörigen Quartale eine Versichertenzeit von mindestens 45 Tagen aufweist. Der Quartalsbezug ergibt sich aus den weiter unten beschriebenen Annualisierungs- und Gewichtungsmethoden. 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. Um sowohl Verstorbene im Jahr 2010 als auch Geborene im Jahr 2008 und deren spezifische Diagnosen- und Leistungsbedarfsbesonderheiten nicht auszuschließen, wird die 45-Tage-Regel für Neugeborene im Geburtsquartal und den davor liegenden Quartalen und für Verstorbene im Quartal des Todes und den nachfolgenden Quartalen des entsprechenden Kalenderjahres nicht angewendet.

Darüber hinaus werden Versicherte, die irgendwann in den Jahren 2008, 2009 oder 2010 als sogenannte 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 der nicht mehr in der morbiditätsorientierten Vergütung anfallende Leistungsbedarf nicht enthalten ist und deshalb eine Relation zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien im Diagnosenjahr und dem noch enthaltenen Leistungsbedarf im Leistungsjahr nicht gegeben ist.

Bei der Ermittlung der auf den demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) beruhenden Kosten- bzw. Relativgewichte erfolgt eine Gruppierung der oben beschriebenen Versicherten entsprechend ihres Alters im Diagnosenjahr gemäß der Gliederung der amtlichen KM6-Statistik (34 Alters- und Geschlechtsgruppen).

2.2 Festlegungen zum Klassifikationsmodell

Entsprechend der Vorgabe des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sind die Risikokategorien des weiterentwickelten Klassifikationssystems erstens in Hierarchien anzuordnen und zweitens zu komprimieren.

Aus diesem Grund wird das „geltende Modell“ gemäß § 87a Abs. 5 SGB V dahingehend weiterentwickelt, dass die Klassifikation mit der Version p06b unter Verwendung der darin enthaltenen Hierarchien erfolgt. Die Version p06b ist eine Weiterentwicklung des bisher verfügbaren Klassifikationssystems. So wurde beispielsweise eine NonCW-CC gebildet, in der vor allem Diagnosen zusammengefasst werden, die keine MGV-relevanten Leistungsbedarfe auslösen. Ebenso wurde eine unterste Symptom-CC geschaffen, die Symptome wie Kopfschmerz etc. enthält und im Klassifikationsmodell nur Wirkung entfaltet, wenn der Versicherte keine weiterführenden Diagnosen aufweist. Die veränderten Zuordnungen von Diagnosen zu Risikokategorien sind im Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses vom 31. Mai 2012 detailliert beschrieben.

Der Wegfall der gesetzlichen Grundlage für die Ambulanten Kodierrichtlinien ist bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems zu berücksichtigen.

Die unkomprimierten Risikogruppen sind zu komprimieren. Als Kriterium dafür, welche Risikokategorien komprimiert und welche unkomprimiert in das Klassifikationsmodell aufgenommen werden sollten, wird – wie bereits im bisher geltenden Modell – die ökonomische Relevanz herangezogen. Statt einer eher formalstatistischen Festlegung von 30 sogenannten Top-CCs – wie im bisher geltenden Modell –, zuzüglich der CCs deren Relativgewicht größer gleich 1,5 ist, orientiert sich die ökonomische Relevanz der unkomprimierten Risikokategorien im weiterentwickelten Klassifikationsmodell daran, welcher Anteil des Leistungsbedarfs von diesen Risikokategorien abgedeckt wird. Der Erweiterte Bewertungsausschuss legt dabei als Schwellenwert fest, dass die aufgrund ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimierten HCCs mindestens 70 % des Leistungsbedarfs abdecken sollen.

Der resultierende Komprimierungsgrad wird anschließend ggf. verringert, um im Klassifikationsmodell auch diejenigen Variablen mit der höchsten Erklärungskraft im Sinne des Regressionsmodells einzuschließen. Dazu werden die unabhängigen Variablen um jene HCCs ergänzt, deren maximaler Beitrag zur Verbesserung der erklärten Varianz des Klassifikationsmodells größer ist, als bei den Risikokategorien, die nach absteigend sortierter ökonomischer Relevanz ausgewählt und in das Klassifikationsmodell aufgenommen wurden. Dabei wird die Rangliste der Risikokategorien nach dem Beitrag zur Verbesserung der erklärten Varianz auf die gleiche Zahl der ausgewählten Risikokategorien nach ökonomischer Relevanz beschränkt, sodass die Gleichrangigkeit beider Kriterien gewahrt wird. Zusammen mit den darüber hinaus aufzunehmenden HCCs, deren Relativgewicht größer gleich 1,5 ist, wird der gesetzlichen Vorgabe der Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur auf der Ebene von KV-Bezirken besser entsprochen, da sich zugleich die Erklärungskraft des Modells verbessert, d. h. die erklärte Varianz zunimmt.

Der Bewertungsausschuss hat bereits in seinem Beschluss aus der 269. Sitzung festgelegt, dass der 2-jährig prospektive Zeithorizont des geltenden Modells unverändert erhalten bleibt.

2.3 Modellkalibrierung zur Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Kosten- bzw. Relativgewichte

Die Bestimmung von bundeseinheitlichen Kosten- bzw. Relativgewichten mit Diagnosen des Jahres 2008 und dem Leistungsbedarf des Jahres 2010 (in der Abgrenzung für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das Jahr 2012) für die Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten von 2009/10 für den jeweiligen KV-Bezirk erfolgt durch eine gewichtete multiple lineare Regressionsrechnung. Eine mit Versichertenquartalen gewichtete Regression ist erforderlich, um den Leistungsbedarf der im Jahr 2010 verstorbenen Versicherten entsprechend ihrer Versicherungszeit innerhalb des Jahres 2010 anteilig zu berücksichtigen. Gegenüber der Festlegung einer Gewichtung nach Versichertentagen im bisher geltenden Modell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V stellt die Gewichtung der Versicherungszeit nach Versichertenquartalen eine Änderung dar, die sich stärker an dem Quartalsbezug des stark pauschalierten Leistungskataloges orientiert und im Zusammenhang mit dem Leistungsbedarf von Versicherten die Tatsache berücksichtigt, dass bestimmte vertragsärztliche Leistungen eines Behandlungsfalles, etwa die Versichertenpauschale, nur einmal im Quartal abgerechnet werden können.

Die Bestimmung von Kosten- bzw. Relativgewichten für die demografischen Veränderungsdaten erfolgt aufgrund der verfügbaren Datengrundlage analog zur Bestimmung diagnosebezogener Kosten- und Relativgewichte auf der Basis des Lebensalters in 2008 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs in 2010. Für jede Alters- und Geschlechtsklasse gemäß der amtlichen KM6-Statistik wird das Relativgewicht als Quotient des mit Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Versicherter der jeweiligen Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherter über alle Alters- und Geschlechtsklassen berechnet.

2.4 Anwendungsmenge und Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die Abgrenzung der Anwendungsmenge für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten basiert auf den Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 und 2010 aller nicht aufgrund von Auffälligkeiten im Rahmen der Qualitätssicherung ausgeschlossenen Versicherten, die in der gesamten Datengrundlage nicht als sogenannte Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V eingeschrieben waren. Die Nichtberücksichtigung der Daten von Selektivvertragsteilnehmern ergibt sich aus dem der Selektivvertragsteilnahme geschuldeten Rückgang der Diagnosen der SV-Teilnehmer. Dies wird durch die unten angeführte demografische Hochrechnung, die fehlende Selektivvertragsteilnehmer entsprechend ihrer alters- und geschlechtsgruppenbezogenen Spezifität mit den durchschnittlichen Morbiditätsstrukturen der sonstigen Versicherten in der jeweiligen KV auffüllt, kompensiert. Darüber hinaus werden auch die Diagnosen und der Leistungsbedarf von unterjährig Versicherten (z. B. Wechsler aus der / in die private Krankenversicherung) bei den Berechnungen berücksichtigt.

Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für den jeweiligen KV-Bezirk werden festgelegt als Quotient des Morbiditätsindex des Jahres 2010 zum Morbiditätsindex des Jahres 2009 abzüglich 1. Der Morbiditätsindex eines Jahres ist definiert als durchschnittlicher gewichteter Risikowert aller Versicherten eines KV-Bezirks. Um die Unterjährigkeit von Versicherten im jeweiligen Diagnosenjahr zu berücksichtigen, werden die Risikowerte mit den Versichertenquartalen gewichtet. 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 KM6-Statistik sicherzustellen, werden die Risikowerte für die diagnosebezogene Veränderungsrate mit demografischen Hochrechnungsfaktoren hochgerechnet.

2.5 Anwendungsmenge und Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten ist durch die amtliche KM6-Statistik für die Jahre 2009 und 2010, die das Bundesministerium für Gesundheit dem Institut des Bewertungsausschusses übermittelt hat, abgegrenzt. Aus Gründen der Verfügbarkeit müssen die diagnosebezogenen Veränderungsdaten auf den Jahren 2009 und 2010 der Geburtstagsstichprobe ermittelt werden. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden, in Analogie zum bisher geltenden Modell, die demografischen Veränderungsdaten auf denselben Jahren berechnet.

Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirktes wird festgelegt als Quotient des Demografieindex des Jahres 2010 zum Demografieindex des Jahres 2009 abzüglich 1. Der Demografieindex eines Jahres eines KV-Bezirktes ist definiert als mit Relativgewichten gewichtete durchschnittliche Besetzungszahl der KM6 Alters- und Geschlechtsgruppen in dem entsprechenden KV-Bezirk, inklusi-

ve der Berücksichtigung von Wohnausländern, deren KV-Zuordnung entsprechend der Postleitzahl des Kassensitzes erfolgte.

3 Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2012/2013 ein pragmatisches Vorgehen beschlossen, das nach den – später zu beschließenden – Bereinigungsvorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V und den Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses zur Struktur der Teilnehmer an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. auf seine Eignung auch für Festlegungen der folgenden Jahre geprüft werden soll.

4 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 30. Juni 2012 in Kraft.