

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 Veränderungsraten

Die Datengrundlage für die Berechnungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten ist die gemäß Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses spezifizierte Anwendungsmenge. Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten 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 Versicherten quartale 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.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum 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 SGB V mit Wirkung zum 19. August 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2013 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 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.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013 – entsprechend der Fristvorgabe aus dem Beschluss der 269. Sitzung – 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, beschlossen, da die vom Bewertungsausschuss in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013 beschlossene Beauftragung des Instituts mit weiteren verfahrensrelevanten Auswertungen zur Morbiditätsstruktur der Selektivvertragsteilnehmer bis zum 26. Juni 2013 auf der aktualisierten Datengrundlage noch nicht vollständig durchführbar waren.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 313. Sitzung trifft nun neben der noch offenen Festlegung der zu verwendenden Geburtskalendertage die notwendigen Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2014 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V unter besonderer Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern, so dass auf der Grundlage dieses Beschlusses

in Verbindung mit den im Beschluss aus der 309. Sitzung getroffenen Festlegungen, die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB 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 wäre.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Die zu regelnden Festlegungen betreffen gemäß Nr. 2.5 Ziffer 2 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses die Festlegung zur Berücksichtigung von bzw. zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern sowie gemäß Nr. 2.5 Ziffer 3 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses die Festlegung der für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit den Daten der sogenannten Anwendungsmenge zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten.

2.1. Zusammenfassung der Regelungsinhalte

Der vorliegende Beschluss beschreibt in Abschnitt 1 zu den ergänzenden Festlegungen der Datengrundlage der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses die zu berücksichtigenden Geburtskalendertage sowie die jeweils längsschnittliche Berücksichtigung von Nicht-Selektivvertragsteilnehmern (Nicht-SV-Teilnehmer) in allen 17 KV-Bezirken und von Selektivvertragsteilnehmern (SV-Teilnehmer) in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern. Der Abschnitt 2 des Beschlusses umfasst die Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für Nicht-SV-Teilnehmer in jedem KV-Bezirk einschließlich der dabei zu berechnenden Komponenten, insbesondere die relativen Risikowerte der Versicherten und die Morbiditätsindizes. Darüber hinaus wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern die Ermittlung von relativen Risikowerten und Morbiditätsindizes getrennt für längsschnittliche SV-Teilnehmer und längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer festgelegt, sowie die Bestimmung von Anteilen am Leistungsbedarf der SV-Teilnehmer des Jahres 2011, die zur gewichteten Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsrate in dem jeweiligen KV-Bezirk erforderlich sind.

Als längsschnittliche SV-Teilnehmer gelten diejenigen Versicherten, die in mindestens einem Quartal des Jahres 2010 oder 2011 in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren.

Als längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer gelten diejenigen Versicherten, die in keinem Quartal der Jahre 2010 und 2011 in einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren.

Der Abschnitt 3 regelt die zur Wahrung der Transparenz erforderlichen Datenübermittlungen an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses sowie die Weiterleitung an die jeweiligen Gesamtvertragspartner.

2.2. Regelungshintergründe der einzelnen Festlegungen

2.2.1. Datengrundlage der Anwendungsmenge

Die Datengrundlage, auf der die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgt, wird als Anwendungsmenge bezeichnet und ist gemäß Nr. 2.5 des Beschlusses der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses auf diejenigen Versicherten der Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 des genannten Beschlusses begrenzt, die eine Versichertenzeit in den Jahren 2010 und/oder 2011 aufweisen.

In dem vorliegenden Beschluss wird die Anwendungsmenge dadurch genauer festgelegt, dass für die Jahre 2010 und 2011 die zu berücksichtigenden Geburtskalendertage der Versicherten der 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Tag eines Monats sind, während für die Abgrenzung der Kalibrierungsmenge – entsprechend Nr. 2.3 des Beschlusses der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses – maximal vier Geburtskalendertage zur Verfügung stehen. Grund für diese spezifische Festlegung der Anwendungsmenge ist, dass die in der Qualitätssicherung bisher geprüften Kennwerte keine systematischen Unterschiede zwischen Versicherten der vier schon länger in der Stichprobe befindlichen Geburtskalendertage und Versicherten der beiden erst im Jahr 2010 in die Stichprobe aufgenommenen Geburtskalendertage gezeigt haben. In einer Protokollnotiz des vorliegenden Beschlusses legt der Bewertungsausschuss dazu fest, dass die Vollständigkeit der Geburtstagsstichprobendaten auch für Versicherte neuer Geburtskalendertage überprüft wird und ggf. zur Anpassung des bestehenden Beschlusses zur Datenübermittlung an den Bewertungsausschuss führen kann. Ein weiterer Vorteil des größeren Stichprobenumfangs durch die Verwendung von sechs Geburtskalendertagen ist der grundsätzlich kleiner werdende zufallsbedingte Stichprobenfehler bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate.

In die Anwendungsmenge werden alle längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer aufgenommen sowie nur diejenigen längsschnittlichen SV-Teilnehmer der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern. Die Einschränkung der spezifischen Berücksichtigung von längsschnittlichen SV-Teilnehmern auf die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern erfolgt insbesondere, da der quantitative Umfang der SV-Teilnehmer im Vergleich zu den Nicht-SV-Teilnehmern in den anderen KV-Bezirken deren gesonderte

Berücksichtigung bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate derzeit nicht zwingend erforderlich macht. Bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten in diesen KV-Bezirken erscheint eine demografische Hochrechnung dieser Versicherten aus den längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmern insbesondere deshalb als angemessen, da eine gesonderte Berücksichtigung von SV-Teilnehmern in der Anwendungsmenge für den Berichtszeitraum keinen quantitativ maßgeblichen Einfluss auf die Ermittlung der Morbiditätsstrukturveränderung ausübt.

Im Unterschied dazu haben die Auswertungen zur Morbiditätsstruktur der SV-Teilnehmer gemäß dem Beschluss der 303. Sitzung des Bewertungsausschusses bezogen auf die beiden KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern ergeben, dass sich die anhand der kollektiv- und selektivvertraglich kodierten Diagnosen abgebildete Morbiditätsstruktur und deren Veränderung von der der Nicht-SV-Teilnehmer unterscheidet. Die Morbiditätsindizes der SV-Teilnehmer liegen in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern 10 bis 13 Prozent über denen der altersstandardisierten Nicht-SV-Teilnehmer, die Veränderung der Morbiditätsindizes von 2009 auf 2010 der SV-Teilnehmer fällt – je nach KV-Bezirk – um rund einen Prozentpunkt höher bzw. niedriger aus als bei den Nicht-SV-Teilnehmern.

Die Identifikation der SV-Teilnehmer erfolgt entsprechend der Festlegungen in Nr. 2.2.6 aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses.

Für die nach Nr. 1.2 des Beschlusses abgegrenzte Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer werden alle Diagnosen der betreffenden Jahre bei der Klassifikation berücksichtigt. Im Unterschied dazu werden – aufgrund der längsschnittlichen Abgrenzung der SV-Teilnehmer in der Anwendungsmenge – für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer lediglich die Diagnosen des fachärztlichen Versorgungsbereichs der betreffenden Jahre bei der Klassifikation berücksichtigt, um im Folgenden die Morbiditätsstruktur und deren Veränderung in beiden Versichertengruppen der Anwendungsmenge abgegrenzt voneinander zu bestimmen. In Zusammenhang mit diesem Vorgehen hat der Bewertungsausschuss in zwei weiteren Protokollnotizen des vorliegenden Beschlusses das Institut des Bewertungsausschusses mit der Untersuchung des Zusammenhangs von Einschreibzeitpunkt und -zeitraum der SV-Teilnehmer auf die Morbiditätsstrukturveränderung im Kollektivvertrag sowie deren Entwicklung im Zeitablauf in den Teilgruppen beauftragt.

In der Anwendungsmenge kann es aufgrund von erforderlichen Ausschlüssen von Versicherten aus der Stichprobe zu Abweichungen der demografischen Struktur im Vergleich zur KM6-Statistik gekommen sein. Um die demografische Repräsentativität der mit der Anwendungsmenge berechneten Ergebnisse zur Morbiditätsstruktur und deren Veränderung sicherzustellen, werden die Risikowerte für die diagnosebezogenen Veränderungsrate mit demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) hochgerechnet.

Für alle KV-Bezirke werden demografische Hochrechnungsfaktoren, wie sie im Beschluss der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses definiert wurden, bestimmt.

2.2.2. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten 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 gemäß der nach Nr. 3.1.2 des Beschlusses aus der 309. Sitzung des Bewertungsausschusses bestimmten Risikoklassen. Für längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur die fachärztlichen Diagnosen zur Ermittlung der Ausprägung der Risikoklassen herangezogen.

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.

Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke außer Baden-Württemberg und Bayern bestimmen sich als Quotient aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2011 und dem des Jahres 2010 abzüglich eins.

Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern ergeben sich als gewichtete Summe des Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2011 und dem des Jahres 2010 der längsschnittlichen SV-Teilnehmer abzüglich eins und dem Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2011 und dem des Jahres 2010 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 der SV-Teilnehmer des Jahres 2011 an dem mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten der Anwendungsmenge mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Jahr 2011. Der komplementäre Anteil, der als Differenz zu 100 % verbleibt, bestimmt die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex der Nicht-SV-Teilnehmer. Damit ist sichergestellt, dass der Einfluss der Morbiditätsveränderung der SV-Teilnehmer bzw. der Nicht-SV-Teilnehmer an der diagno-

sebezogenen Veränderungsrate der Versicherten in den beiden KV-Bezirken auf den jeweiligen Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezogen wird.

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 Anteile am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer des Jahres 2011 gemäß Nr. 2.1.2 des vorliegenden Beschlusses zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

4. Protokollnotizen

Da derzeit für unterjährige Wechsel zwischen den Teilen der Anwendungsmenge noch keine hinreichend qualitätsgesicherte Datengrundlage, insbesondere für Einschreibzeitpunkt und Teilnahmezeitraum zur Verfügung steht, wurde das Institut des Bewertungsausschusses in der ersten Protokollnotiz beauftragt, den Einfluss von Einschreibzeitpunkt und -zeitraum von SV-Teilnehmern auf die Morbiditätsstrukturveränderung im Kollektivvertrag zu untersuchen und dabei insbesondere die Zusammensetzung der SV-Teilnehmer und die Entwicklung der Morbiditätsstruktur ihrer Teilgruppen im Zeitverlauf zu analysieren.

In einer zweiten Protokollnotiz wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung, die Morbiditätsstrukturveränderung im Kollektivvertrag differenziert nach Vertragstypen von Selektivverträgen zu untersuchen.

Die in der dritten Protokollnotiz vorgesehene Überprüfung und ggf. Änderung des Beschlusses zur Lieferung der Geburtstagsstichprobendaten soll die Vollständigkeit der Angaben zu historischen Versichertenstammdaten in der Geburtstagsstichprobe für – aufgrund des Einbezugs neuer Geburtskalendertage – neu in die Geburtstagsstichprobe aufgenommene Versicherte auch im ersten Jahr ihrer Stichprobenteilnahme sicherstellen.

5. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. August 2013 in Kraft.