

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013**

### **zur Vorbereitung der Festlegung des Umgangs mit Selektivver- tragsteilnehmern bei der Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014**

**mit Wirkung zum 31. Mai 2013**

---

#### **Präambel**

Der Bewertungsausschuss hat, gemäß dem Beschluss in der 269. Sitzung am 25. Januar 2012, bis zum 30. Juni 2013 das mit Wirkung für das Jahr 2014 zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V zu beschließen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 in der Nr. 4 des Beschlusses 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, das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die Versicherten, die sich ab dem Jahr 2009 in bereinigungsrelevante Selektivverträge eingeschrieben haben, in ihrer Anzahl sowie demografischer und Morbiditätsstruktur zu untersuchen und die Entwicklung hierfür geeigneter Kennzahlen zusammenzustellen. Die Ergebnisse für die Jahre 2009 und 2010, die Veränderung von 2009 nach 2010 und den statistischen Einfluss dieser Entwicklung für die Veränderungsrate der MGV sind dem Bewertungsausschuss vorzulegen.

Hintergrund der Beauftragung war eine, auf seine Eignung auch für Festlegungen der folgenden Jahre bezogene, ex-post Überprüfung des in der 29. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Nr. 2.1 und 2.4 beschlossenen pragmatischen Vorgehens im Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat in der 303. Sitzung des Bewertungsausschusses am 21. Mai 2013 die erste Version des Berichts zur „Entwicklung der

Versichertenzahl und -struktur, die sich ab dem Jahr 2009 in bereinigungsrelevanten Selektivverträgen eingeschrieben haben“, vorgelegt.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird das Institut des Bewertungsausschusses mit weiteren vorbereitenden Arbeiten und Berechnungsschritten zur sachgerechten Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung von Versicherten, die an Selektivverträgen teilnehmen, beauftragt.

#### **I. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses zu erforderlichen Berechnungen**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, unter Verwendung des Klassifikationsmodells in der Version KM87a\_2012 mit den Kosten- bzw. Relativgewichten, die dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu Grunde liegen, die folgenden Auswertungen durchzuführen und dabei gegebenenfalls strittige Methodenfragen zu identifizieren und mitzuteilen:

Teil A:

1. Jahresspezifisches Verhältnis der im Kollektivvertrag insgesamt dokumentierten Morbidität zu der durch die in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität, für Versicherte, die in dem entsprechenden Kalenderjahr nicht an einem Selektivvertrag teilgenommen haben, bezogen auf den Morbiditätsindex und getrennt für die KVen Bayerns und Baden-Württemberg.
2. Statistische Stabilität der Verhältniswerte des jeweiligen Kalenderjahres und der jeweiligen KV aus 1. innerhalb von Versichertengruppen nach jahresspezifischen Dezilen der Bruttoleistungsmenge der fachärztlichen Inanspruchnahme innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung insgesamt, die jeweils nach den Alters- und Geschlechtsgruppen gemäß der KM6 unterteilt werden, gemessen anhand des Vergleichs von Lern- und Validierungsmengen.
3. Statistische Stabilität der Verhältniswerte des jeweiligen Kalenderjahres und der jeweiligen KV aus 1. innerhalb von Versichertengruppen nach jahresspezifischen Dezilen der fachärztlich kodierten Morbidität, die jeweils nach den Alters- und Geschlechtsgruppen gemäß der KM6 unterteilt werden, gemessen anhand des Vergleichs von Lern- und Validierungsmengen.

4. Jahresspezifische Gesamtmorbiditätsindizes für die KV-Bezirke Bayerns und Baden-Württemberg, die sich aus der

- Extrapolation der Morbidität der bayerischen und baden-württembergischen Versicherten, die im Basisjahr oder Folgejahr an einem Selektivvertrag nach § 73b SGB V, aber an keinem anderen Selektivvertrag teilnehmen, anhand ihrer durch die in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität und der nach den Versichertengruppen gemäß 2. einerseits und gemäß 3. andererseits gegliederten Verhältniswerten gemäß 1. (wobei für Versicherte ohne dokumentierte Morbidität abweichend die Relativgewichte der Alters- und Geschlechtsgruppen des Klassifikationsmodells anzusetzen sind), verbunden mit der
- demographischen Hochrechnung der nach Ausschluss aller übrigen Teilnehmer an Selektivverträgen verbleibenden Versicherten auf die Verhältnisse der KM6, wobei die extrapolierten Teilnehmer an Selektivverträgen nach § 73b SGB V zunächst auf alle Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk, die in einem der beiden Jahre an einem Selektivvertrag teilnehmen, nach Alter und Geschlecht hochzurechnen sind,

ergeben. Dabei sind die Risikokategorieprävalenzen der bayerischen und baden-württembergischen Versicherten, die im Basisjahr oder Folgejahr an einem Selektivvertrag teilnehmen, im Rahmen der Berechnung der Morbiditätsindizes entsprechend ihrer nur noch anteiligen Inanspruchnahme von Leistungen im Kollektivvertrag zu gewichten. Diese KV-spezifischen Gewichtungsfaktoren sind zu errechnen als Verhältnis aus der durchschnittlichen Bruttoleistungsmenge der Selektivvertragsteilnehmer innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß der Geburtstagsstichprobe und der Summe aus diesem Wert und der durchschnittlichen Bruttobereinigungsmenge der Selektivvertragsteilnehmer gemäß der Bereinigungsdaten für das jüngste verfügbare Datenjahr.

5. Jahresspezifisches Verhältnis der durch in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität je Versicherten, der in dem entsprechenden Kalenderjahr an einem Selektivvertrag nach § 73b SGB V, aber an keinem anderen Selektivvertrag teilgenommen hat, zu der durch die in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität je Versicherten, der in dem entsprechenden Kalenderjahr nicht an einem Selektivvertrag teilgenommen hat, bezogen auf den Morbiditätsindex und getrennt für die KVen Bayerns und Baden-Württemberg.
6. Jahresspezifische Besetzungszahlen der Versichertengruppen gemäß 2. und 3., getrennt nach Versicherten, die in dem entsprechenden Kalenderjahr an einem Selektivvertrag nach § 73b SGB V, aber an keinem anderen Selektivver-

trag teilgenommen haben und nach Versicherten, die in dem entsprechenden Kalenderjahr nicht an einem Selektivvertrag teilgenommen haben.

7. Verhältnis der durch die in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität je Versicherten im Folgejahr, der in diesem Jahr an einem Selektivvertrag nach § 73b SGB V, aber an keinem anderen Selektivvertrag teilgenommen hat, zu der durch die in der Satzart 211 als fachärztlich gekennzeichneten Praxen im Kollektivvertrag dokumentierten Morbidität je Versicherten im Basisjahr, der in diesem Jahr an einem Selektivvertrag nach § 73b SGB V, aber an keinem anderen Selektivvertrag teilgenommen hat, bezogen auf den Morbiditätsindex und getrennt für die KVen Bayerns und Baden-Württemberg.

Teil B:

1. Bestimmung der durchschnittlichen Anzahl der distinkten Diagnosen und Risikokategorien bzw. -klassen (HCC, RHCC und THCC) der auswertungsfähigen SV-Teilnehmer insgesamt sowie jeweils für Kollektiv- und Selektivvertrag.
2. Berechnung der Morbiditätsindizes der auswertungsfähigen SV-Teilnehmer nach demografischer Hochrechnung auf alle SV-Teilnehmer, auf der Grundlage von Diagnosen aus Kollektiv- und Selektivvertrag sowie der jeweils „eingeschränkten“ Morbiditätsindizes, basierend, neben Alter und Geschlecht, zum einem auf den Diagnosen des Selektivvertrags und zum anderen auf den Diagnosen des Kollektivvertrags. Hierbei ist ein SV-Teilnehmer im Längsschnitt bzw. im Querschnitt zu identifizieren (Längsschnitt: ein Versicherter, der irgendwann im Zeitverlauf im Selektivvertrag eingeschrieben war, gilt als SV-Teilnehmer; Querschnitt: ein Versicherter gilt als SV-Teilnehmer in dem Jahr, in dem er im Selektivvertrag eingeschrieben war).
3. Berechnung der Morbiditätsindizes der Nicht-SV-Teilnehmer, wobei der Ausschluss von SV-Teilnehmern im Längsschnitt bzw. Querschnitt vorgenommen wird.
4. Berechnung der Morbiditätsindizes der SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer je Alters- und Geschlechtsgruppe, wobei die Identifikation von SV-Teilnehmern im Längsschnitt bzw. Querschnitt vorgenommen wird.
5. Anzahl und Anteil der auswertungsfähigen SV-Teilnehmer nach KM6-Gruppen an allen SV-Teilnehmern für die Berichtsjahre 2009 und 2010 sowie zusätzlich für das Berichtsjahr 2011.
6. Ermittlung der Gesamtzahl der SV-Teilnehmer je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung: Dazu wird in der Stichprobe das Verhältnis der § 73b SV-Teilnehmer an allen SV-Teilnehmern je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung berechnet, da die Zählung der SV-Teilnehmer derzeit distinkt nur nach Vertragstypen und nicht insgesamt vorliegt. Weiter wird dann anhand der SV-

Daten Satzart 006 Feld Nr. 05 der Mittelwert über die vier Quartale der Anzahl der § 73b SV-Teilnehmer je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung berechnet. Die ersatzweise bestimmte Gesamtzahl der SV-Teilnehmer je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung ergibt sich dann als Produkt aus dem jeweils berechneten Mittelwert und dem Kehrwert des jeweils berechneten Verhältniswerts.

Zusätzlich ist der Anteil der ermittelten SV-Teilnehmer an allen Versicherten gemäß KM6 je Jahr und Kassenärztlicher Vereinigung zu berechnen.

7. Die Morbiditätsveränderung der SV-Teilnehmer ist auf der Grundlage der Diagnosen im Kollektivvertrag als separate Veränderungsrate zu berechnen.

## **II. Datengrundlagen und zeitlicher Rahmen**

1. Die Auswertungen gemäß Abschnitt I. sind auf der für den Bericht verwendeten Datengrundlage - bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, „GSP“) in der Version 4 (Jahre 2008-2010) mit Stand zur 288. Sitzung des Bewertungsausschusses – möglichst vollständig bis zum 21. Juni 2013 durchzuführen. Als Basisjahr ist das Jahr 2009 und als Folgejahr das Jahr 2010 heranzuziehen.
2. Die Auswertungen gemäß Abschnitt I. sind auf der Datengrundlage der bundesweiten Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, „GSP“ der Jahre 2009-2011), auf der die Berechnungen nach § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014 erfolgen, bis zum 5. August 2013 erneut durchzuführen, sofern nicht beide Seiten einvernehmlich einzelne Aufträge für verzichtbar erklären. Als Basisjahr ist das Jahr 2009 und als Folgejahr das Jahr 2010 heranzuziehen.
3. Die Auswertungen gemäß Abschnitt I. sind auf der Datengrundlage der bundesweiten Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, „GSP“ der Jahre 2009-2011), auf der die Berechnungen nach § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014 erfolgen, bis zum 5. August 2013 erneut durchzuführen, sofern nicht beide Seiten einvernehmlich einzelne Aufträge für verzichtbar erklären. Als Basisjahr ist das Jahr 2010 und als Folgejahr das Jahr 2011 heranzuziehen.

## **III. Transparenz der durchgeführten Berechnungen**

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen Listen der Pseudonyme der für die jeweiligen Rechenschritte jeweils berücksichtigten Versicherten zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011 weiterleiten.

#### **IV. Finalisierung des durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung beauftragten Berichts des Instituts des Bewertungsausschusses zu Selektivvertragsteilnehmern**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, seinen Bericht gemäß Auftrag des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung zur „Entwicklung der Versichertenzahl und -struktur, die sich ab dem Jahr 2009 in bereinigungsrelevanten Selektivverträgen eingeschrieben haben“ unter Berücksichtigung der ergänzenden fachlichen Anmerkungen der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses, insbesondere

- a) zur Altersstandardisierung der Selektivvertragsteilnehmer in Abschnitt 6.3 des Berichts,
- b) zur Differenzierung der in Abschnitt 6.3 des Berichts ausgewiesenen Prävalenzen gemäß Abschnitt I., Teil B, Nr. 1 dieses Beschlusses und
- c) zur Neuberechnung der Tabellen 20 bis 24 in den Abschnitten 6.3 und 7 des Berichts unter Verwendung der Datengrundlage der bundesweiten Versicherungstichprobe (Geburtstagsstichprobe, „GSP“ der Jahre 2009-2011) für die Jahre 2009 und 2010, auf der die Berechnungen nach § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2014 erfolgen,

bis zum 15. September 2013 zu finalisieren, wobei die Zwischenergebnisse zu den Punkten a) bis c) vom Institut des Bewertungsausschusses bis zum 5. August 2013 im Vorfeld auf Arbeitsebene berichtet werden sollen.

#### **Protokollnotiz:**

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses sind sich einig, dass die Festlegung zur Berücksichtigung von SV-Teilnehmern erst nach Vorliegen der Ergebnisse zu Abschnitt II., Nr. 2 und 3 sowie Abschnitt IV., a) bis c) getroffen wird.