

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. April 2012

zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der in §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V einen Beschluss zu Datenlieferungen an das Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses für seine gesetzlich vorgesehenen Aufgaben gemäß §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 SGB V gefasst.

Dieser Beschluss umfasst auch die Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses, zu denen der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Absatz 6 SGB V bis zum 31. März 2012 zu beschließen hat.

2. Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in den Abschnitten I. bis V. Routinedatenlieferungen an die Bundesebene fest, welche dem Bewertungsausschuss zur Umsetzung seiner gesetzlich vorgesehenen Aufgaben gemäß §§ 87, 87a und 116b Absatz 6 SGB V dienen. Diese Routinedatenlieferungen sind grundsätzlich als unbefristete Datenlieferungen angelegt.

An die Abschnitte I. bis III. knüpft der Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87a Absatz 6 SGB V in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an. In diesem separaten Beschluss werden die Routinedatenlieferungen an die regionalen Gesamtvertragspartner zur Vorbereitung der

Vereinbarungen und Berechnungen gemäß § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V festgelegt, welche den Datenlieferungen an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses nachfolgen.

In Abschnitt VI. werden die Rahmenbedingungen für anlassbezogene Datenlieferungen im Hinblick auf die Vorbereitung und Evaluation der geplanten EBM-Reform 2014 bestimmt. Hierzu wird der Bewertungsausschuss bis zum September 2012 separat beschließen.

Der Beschluss ist hinsichtlich der erforderlichen Datenlieferungen zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Bewertungsausschusses nicht abschließend. So sind insbesondere von diesem Beschluss nicht die Datenlieferungen zur Ermittlung der quartalsbezogenen kassen- und KV-spezifischen Versichertenzahlen sowie die Datenlieferungen aus Selektivverträgen umfasst. Die zu diesen Datenlieferungen in der Vergangenheit erfolgten Beschlussfassungen bestehen parallel zu diesem Beschluss weiter und bleiben von diesem Beschluss unberührt.

3. Regelungshintergründe

3.1 Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“)

In Abschnitt I. wird die Übermittlung der bundesweiten Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) ab dem Berichtsjahr 2011 festgelegt. In diesem Zusammenhang wird das bisher praktizierte und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zur Prüfung vorgelegte Verfahren der Stichprobenerhebung von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen nach dem Geburtstag der Versicherten fortgeschrieben. Diese Stichprobenerhebung ist als kalenderjährlich rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Geburtstagen konzipiert.

Für die Übermittlung der Geburtstagsstichprobe bis zum Berichtsjahr 2010 gelten die bisherigen Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses fort.

3.1.1 Gesetzlich vorgesehenes Anwendungsgebiet

Die bundesweite Versichertenstichprobe ist die zentrale Datengrundlage für die Ermittlung der KV-spezifischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 3 i. V. m. Absatz 5 Satz 2 bis 4 SGB V auf der Basis des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses. Sie stellt darüber hinaus eine Datengrundlage für die Ermittlung der KV-spezifischen demografischen Veränderungsdaten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 3 i. V. m. Absatz 5 Satz 2 bis 4 SGB V dar. Vor diesem Hintergrund ist die bundesweite Versichertenstichprobe auch – nach entsprechender Aufbereitung – in regionalisierter Form zur Weiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß 87a Absatz 6 SGB V in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vorgesehen.

3.1.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur des Datenkörpers der bundesweiten Versichertenstichprobe wird in der Anlage 2 zu diesem Beschluss festgelegt. Die Auswahl der Versicherten für die Stichprobe erfolgt für das jeweilige Berichtsjahr nach den in Anlage 1 festgelegten Kalendertagen des Geburtstags der Versicherten. Das Auswahlverfahren ist ab dem Berichtsjahr 2010 so konzipiert, dass für einen drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeitraum – im Rahmen eines zweijährig prospektiven Zeithorizonts für das Klassifikationsmodell – beginnend mit dem Berichtsjahr 2012 mindestens fünf (zuvor vier) Kalendertage des Geburtstags im Längsschnitt zur Verfügung stehen. Der bestehende Prüfauftrag des Instituts hinsichtlich der Angemessenheit der Stichprobengröße in Bezug auf die vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben der Ermittlung von morbiditätsbezogenen Veränderungsdaten bleibt unberührt. Soweit sich aus den Prüfungen ein entsprechender Anpassungsbedarf der Anlage 1 ergibt, hat der Bewertungsausschuss hierzu einen Beschluss zu fassen.

Für die Verwendung im Rahmen des Klassifikationssystems des Bewertungsausschusses werden die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der nach dem Kalendertag des Geburtstags ausgewählten Versicherten mit den pseudonymisierten Versichertenstammdaten in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführt (sog. „Matching“).

Die bundesweite Versichertenstichprobe unterscheidet sich ab dem Berichtsjahr 2011 von vorherigen Berichtszeiträumen sowohl durch die Umsetzung datentechnisch erforderlicher Anpassungen als auch durch eine deutliche Reduktion des Merkmalsumfangs. Die datentechnisch erforderlichen Anpassungen umfassen insbesondere die Aufspaltung der Versichertenstammdaten in zwei getrennte Satzarten, den Ersatz der Fachgruppen nach Weiterbildungsordnung durch so genannte Abrechnungsgruppen sowie die Synchronisation der Kostenträgerhistorie mit dem Lieferformat an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene. Die Reduktion des Merkmalsumfangs vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Datenvermeidung und Datensparsamkeit umfasst den Wegfall des Arzt- und Nebenbetriebsstättenbezugs, der Daten zu vertragsärztlichen Operationen und Prozeduren, des Arztverzeichnisses, der Behandlungsart sowie der Trennung zwischen ambulantem und stationärem Leistungsbedarf. Die weggefallenen Merkmale und Satzarten sind für die Ermittlung von KV-spezifischen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten nicht erforderlich. Dies hat unmittelbar zur Konsequenz, dass die routinemäßig an die Datenstelle gelieferte bundesweite Versichertenstichprobe künftig nur noch für einen begrenzten Verwendungszweck – nämlich hauptsächlich für die Ermittlung von KV-spezifischen morbiditätsbezogenen Veränderungsdaten – zugeschnitten ist. Für den Fall, dass die bundesweite Versichertenstichprobe – wie auch in der Vergangenheit – für darüber hinausgehende Verwendungszwecke, insbesondere für Analysen im EBM-Kontext genutzt werden soll, besteht künftig die Notwendigkeit anlassbezogener Merkmalsergänzungen (siehe hierzu auch den Ankündigungsbeschluss in Abschnitt VI. dieses Beschlusses).

3.1.3 Lieferturnus

Die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der nach dem Kalendertag des Geburtstags ausgewählten Versicherten und die, soweit vorgesehen pseudonymisierten, vertragsärztlichen Stammdaten ab dem Berichtsjahr 2011 sind jeweils im Folgejahr bis zum 15. November von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses zu liefern.

Die pseudonymisierten Versichertenstammdaten sowie die Kostenträgerstammdaten sind jeweils vom GKV-Spitzenverband bis zum 15. November an die Datenstelle des Bewertungsausschusses zu übermitteln.

Die Kostenträgerstammdaten für das jeweilige Berichtsjahr werden darüber hinaus zusätzlich zum 1. April und zum 1. Juli des auf die erstmalige Lieferung folgenden Kalenderjahres, beginnend mit 2013, sowie bei darüber hinaus auftretendem zusätzlichem Bedarf an die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie an das Institut des Bewertungsausschusses geliefert. Diese zusätzlichen Datenlieferungen erfolgen vor dem Hintergrund, dass der aktuelle Fusionsstand der Krankenkassen zum Zwecke der Datenweiterleitung an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene ermittelt werden muss. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass kassen- und kassenartenbezogene Detaildaten nur an diejenigen kassenseitigen Gesamtvertragspartner übermittelt werden, denen die jeweiligen Daten zuzurechnen sind.

Die Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2011 als kalenderjahresbezogene Datenlieferung mit jährlichem Lieferturnus hat sich als praktikables Vorgehen für die Durchführung der sehr aufwändigen Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen erwiesen.

Der Lieferzeitpunkt zum 15. November eines Jahres ist so gewählt, dass zum einen die zeitliche Synchronisation mit den Lieferterminen von ergänzenden anlassbezogenen Datenlieferungen zur geplanten EBM-Reform möglich ist, welche mit der bundesweiten Versichertenstichprobe verknüpft werden sollen. Zum anderen liegt die bundesweite Versichertenstichprobe am 15. November eines jeden Jahres zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt im Hinblick auf die notwendigen Vorbereitungen zur jährlichen Ermittlung von morbiditätsbezogenen Veränderungsdaten vor. Insgesamt wird hierdurch eine effiziente Arbeitsweise des Bewertungsausschusses gewährleistet.

3.2 Daten der arztseitigen Rechnungslegung

In Abschnitt II. wird die Übermittlung eines krankenkassenspezifisch nach dem Wohnortprinzip aufbereiteten Datenkörpers der arztseitigen Rechnungslegung ab dem Berichtsjahr 2011 festgelegt. Dieser Datenkörper wird ab dem Berichtsjahr 2012 ergänzt um weitere Datenkörper zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme.

3.2.1 Gesetzlich vorgesehene Anwendungsgebiet

Die Daten der arztseitigen Rechnungslegung sowie die Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme sind die zentrale Grundlage zur Ermittlung der Anteile der einzelnen Krankenkassen an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Absatz 4 Satz 2 i. V. m. Absatz 5 Satz 7 SGB V. Vor diesem Hintergrund sind diese Daten auch – nach entsprechender Aufbereitung – in regionalisierter Form zur Weiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß 87a Absatz 6 SGB V in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vorgesehen.

Die Leistungsmengen zur Berechnung der kassenspezifischen Aufteilungsschlüssel sollten aus demselben Jahr wie die KV-spezifischen Aufsatzwerte für die Weiterentwicklung des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs stammen, um ggf. Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Versichertenzahlen, -strukturen und Bereinigungsstände zu vermeiden. Bis zu den Vereinbarungen der Behandlungsbedarfe eines Vergütungsjahres, welche gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V bis zum 31. Oktober des Vorjahres des Vergütungsjahres getroffen sein müssen, stehen aber weder endgültige basiswirksam bereinigte Behandlungsbedarfe je Versicherten noch endgültige Leistungsmengen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für das Vorjahr des Vergütungsjahres zur Verfügung. Konzeptionell folgt hieraus die Notwendigkeit einer nachgelagerten kassenspezifischen Aufsatzwertaktualisierung im Rahmen der endgültigen Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ca. fünf bis sechs Monate nach Ende des jeweiligen Vergütungsquartals.

Da erstmals die Anpassung und entsprechende Aufteilung des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V für das Vergütungsjahr 2013 zu erfolgen hat und hierfür ggf. die Daten des Vorjahres maßgeblich sind, betrifft die erste vergütungsrelevante Lieferung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung sowie der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme das Berichtsjahr 2012.

Die Lieferung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung bereits für das Berichtsjahr 2011 erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene diese Datengrundlage i. V. m. den zeitgleich vorliegenden Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Berichtsjahres 2012 u. a. für die Anpassung der Abschlagszahlungen zur Gesamtvergütung 2013 verwenden können. Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme für das Berichtsjahr 2011 sind hierzu nicht zwingend erforderlich.

Auf der Bundesebene dienen die Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 i. V. m. den zeitgleich vorliegenden Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Berichtsjahres 2012 u. a. ggf. für Simulationsrechnungen im Hinblick auf die bis zum 31. August 2012

erstmals zu treffenden Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 und 8 SGB V.

Darüber hinaus dienen die Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 i. V. m. den zeitgleich vorliegenden Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Berichtsjahres 2012 der Verfahrenserprobung sowohl im Hinblick auf die Datenaufbereitung durch das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenweiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene als auch im Hinblick auf die Vollständigkeit und Eignung dieser Daten für die Durchführung der Verhandlungen und Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene.

3.2.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur des Datenkörpers der arztseitigen Rechnungslegung wird für das Berichtsjahr 2011 im Vergleich zu den Vorjahren nicht verändert. Es erfolgt lediglich eine Anpassung der Leistungssegmentierung vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des EBM im Jahr 2011.

Die Struktur des Datenkörpers der arztseitigen Rechnungslegung ergibt sich ab dem Berichtsjahr 2012 aus der Anlage 3 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss. Gegenüber dem Berichtsjahr 2011 werden die Daten der arztseitigen Rechnungslegung ab dem Berichtsjahr 2012 um den KV-Bereich am Ort der Arztpraxis, ein MGV-EGV-Kennzeichen sowie ein Kennzeichen zum nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen erweitert. Zudem werden die Daten der arztseitigen Rechnungslegung ab dem Berichtsjahr 2012 um Datenkörper zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme ergänzt.

Diese Erweiterungen und Ergänzungen sind erforderlich zur exakten Ermittlung der kassenspezifischen Aufteilungsschlüssel innerhalb eines KV-Bereichs. Die Merkmalsanreicherung beginnend mit dem Berichtsjahr 2012 ist ausreichend, da erst die Daten ab dem Berichtsjahr 2012 zur Berechnung der kassenspezifischen Aufteilungsschlüssel ab dem Vergütungsjahr 2013 maßgeblich sind.

In ihrer Gesamtheit bilden die Daten ab dem Berichtsjahr 2012 die kassenspezifischen historischen Leistungsmengen sowie die kassenübergreifenden historischen Gesamtleistungsmengen der Wohnortversicherten aller Krankenkassen innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung unter Berücksichtigung der regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme ab.

3.2.3 Lieferturnus

Die Daten der arztseitigen Rechnungslegung sowie die Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme werden jährlich bis zum 15. Juni des auf den Be-

richtszeitraum folgenden Jahres und die Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bis zum 15. Juni des laufenden Abrechnungsjahres von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und an den GKV-Spitzenverband übermittelt. Dies entspricht dem frühestmöglichen Zeitpunkt, zu dem die betreffenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den jeweiligen Berichtszeitraum zur Verfügung stehen.

3.3 Daten der kassenseitigen Rechnungslegung

In Abschnitt III. wird die Übermittlung von krankenkassenspezifischen und wohnortbezogenen Daten der kassenseitigen Rechnungslegung durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ab dem Berichtsjahr 2011 festgelegt.

3.3.1 Gesetzlich vorgesehenes Anwendungsgebiet

Die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung sind die zentrale Grundlage zur Ermittlung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs des Vorjahres des Vergütungsjahres als Aufsatzwert zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 i. V. m. Absatz 5 Satz 7 SGB V. Vor diesem Hintergrund sind sie auch – nach entsprechender Aufbereitung – in regionalisierter Form zur Weiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene gemäß Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß 87a Absatz 6 SGB V in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vorgesehen.

Da erstmals die Anpassung des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V für das Jahr 2013 zu erfolgen hat und hierfür die Daten des Vorjahres maßgeblich sind, betrifft die erste vergütungsrelevante Lieferung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung das Berichtsjahr 2012.

Die Lieferung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung bereits für das Berichtsjahr 2011 erfolgt vor dem Hintergrund, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene diese Datengrundlage u. a. für die Anpassung von Abschlagszahlungen zur Gesamtvergütung 2013 verwenden können. Weiterhin können die Daten des Berichtsjahres 2011 auf der Landesebene für Prognosen im Hinblick auf den tatsächlichen vereinbarten Behandlungsbedarf 2012 genutzt werden, da der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten aus dem Jahr 2011 für das Jahr 2012 gemäß § 87d Absatz 2 SGB V linear um 1,25 Prozent erhöht wurde, wobei die Veränderung der selektivvertraglichen Bereinigungsbeträge im Jahr 2012 auf dieser Basis nicht genau zu prognostizieren ist.

Auf der Bundesebene dienen die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 u. a. ggf. für Simulationsrechnungen im Hinblick auf die bis zum 31. August 2012 erstmals zu treffenden Vorgaben des Bewertungsaus-

schusses zur Ermittlung der Aufsatzwerte gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 und 8 SGB V.

Darüber hinaus dienen die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 der Verfahrenserprobung sowohl im Hinblick auf die Datenaufbereitung durch das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenweiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene als auch im Hinblick auf die Vollständigkeit und Eignung dieser Daten für die Durchführung der Verhandlungen und Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene.

3.3.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur des Datenkörpers wird in Anlage 4 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss festgelegt.

Der Datenkörper beinhaltet KV- und kassenspezifische Informationen über den für das Vorjahr des Vergütungsjahres vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf sowie über die für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahr des Vergütungsjahres maßgebliche Versichertenzahl für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, welche einerseits von den Krankenkassen, andererseits von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Aus dieser Datengrundlage kann für die Landesebene der KV-spezifische vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahres des Vergütungsjahres als Aufsatzwert zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ermittelt werden. Der übermittelte Behandlungsbedarf muss darüber hinaus auf Landesebene ggf. dahingehend nachkorrigiert werden, dass er dem aktuellen für das Vergütungsjahr vereinbarten Leistungsinhalt der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entspricht.

3.3.3 Lieferturnus

Die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung werden ab dem Berichtsjahr 2011 jährlich bis zum 20. Juli des Folgejahres an das Institut des Bewertungsausschusses und an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Dies entspricht dem frühestmöglichen Zeitpunkt, zu dem die betreffenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. dem GKV-Spitzenverband für den jeweiligen Berichtszeitraum zur Verfügung stehen.

3.4 Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

In Abschnitt IV. wird die Übermittlung einer Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ab dem Berichtsjahr 2012 festgelegt.

3.4.1 Gesetzlich vorgesehene Anwendungsgebiet

Der Datenkörper der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung dient dazu, die gemäß § 87 Absatz 3a SGB V erforderlichen Analysen des Bewertungsausschusses zu den Auswirkungen seiner Beschlüsse durchzuführen.

Zudem können mit dem Datenkörper Analysen zu § 116b Absatz 6 SGB V erfolgen. Eine Weiterleitung an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene ist nicht vorgesehen.

3.4.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur des Datenkörpers ergibt sich aus Anlage 5 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss. Vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Datenvermeidung und Datensparsamkeit weist der Datenkörper einen reduzierten Merkmalsumfang und einen hohen Verdichtungsgrad auf. Insbesondere werden die Daten auf der Ebene der Abrechnungsgruppe verdichtet und ohne Arzt- und Praxisbezug sowie ohne Informationen zum Honorar zur Verfügung gestellt. Bei konkretem Bedarf muss der Datenkörper daher künftig um anlassbezogene Datenlieferungen ergänzt werden, welche eine separate Beschlussfassung des Bewertungsausschusses erfordern.

3.4.3 Lieferturnus

Die Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung erfolgt quartalsweise jeweils bis zum fünften Tag des zehnten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses. Dies entspricht dem frühestmöglichen Zeitpunkt, zu dem die betreffenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den jeweiligen Berichtszeitraum in hinreichender Qualität zur Verfügung stehen.

3.5 Altersklassen- und geschlechtsbezogene Versichertenzahlen

In Abschnitt V. wird die Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen in der Struktur der KM6-Statistik ab dem Berichtsjahr 2011 festgelegt.

3.5.1 Gesetzlich vorgesehenes Anwendungsgebiet

Die kassen- und KV-spezifischen Versichertenzahlen der KM6-Statistik werden zu Repräsentativitäts- und Plausibilitätsprüfungen der bundesweiten Versicherungstichprobe benötigt.

Der Bewertungsausschuss benötigt die nach Krankenkassen differenzierte KM6-Statistik nicht für die Ermittlung der KV-spezifischen demografischen Veränderungsraten, da hierfür zum jetzigen Zeitpunkt die KV-spezifische KM6-Statistik in der auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichten Form als ausreichend angesehen wird. Aus diesem Grund ist eine Weiterleitung der nach Krankenkassen differenzierten KM6-Statistik an die Landesebene nicht vorgesehen.

3.5.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur des Datenkörpers ist in Anlage 6 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss festgelegt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Institut des Bewer-

tungsausschusses bei der Zuordnung des in der KM6-Statistik enthaltenen Ordnungsmerkmals Betriebsnummer zum jeweiligen Hauptkassen-IK der Krankenkasse.

3.5.3 Lieferturnus

Die Daten der altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen, welche zum Stichtag 1. Juli eines Jahres erhoben werden, sind vom GKV-Spitzenverband jeweils bis zum 15. August desselben Jahres an das Institut des Bewertungsausschuss zu liefern, frühestens jedoch zwei Arbeitstage nach Abgabe der Statistik an das Bundesministerium für Gesundheit. Für das Berichtsjahr 2011 ist dieser Termin bereits überschritten, daher wird ein abweichender Liefertermin bis zum 15. Juni 2012 festgelegt.

3.6 Daten für die EBM Reform 2014

In Abschnitt VI. wird der Rahmen für anlassbezogene Datenlieferungen zur Vorbereitung und Evaluation der geplanten EBM-Reform 2014 festgelegt. Hierfür ist insbesondere die Übermittlung einer umfangreichen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung sowie eine Merkmalsanreicherung der bundesweiten Versichertenstichprobe erforderlich.

Für die Abrechnungsstatistik trifft der Bewertungsausschuss im Vorgriff auf seine erforderliche Beschlussfassung im September 2012 bereits erste Festlegungen zum erforderlichen Merkmalsumfang sowie zu den erforderlichen Berichtszeiträumen. Hierdurch sowie durch die Öffnungsklausel zum Verwendungszweck der Datengrundlage auch für weitere Überprüfungen des EBM soll sichergestellt werden, dass dem Bewertungsausschuss rechtzeitig eine arzt- und praxisvollständige Datengrundlage der arztseitigen Rechnungslegung zur Verfügung steht, welche durch ihren Merkmalsumfang und ihre Merkmalstiefe die notwendige Flexibilität aufweist, um hiermit die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach § 87 SGB V im Kontext der geplanten EBM-Reform sowie im Kontext der Überprüfung des EBM zu bedienen.

Die erstmalige Lieferung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung erfolgt für das Abrechnungsjahr 2011. Weitere Lieferungen erfolgen für das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten der geplanten EBM-Reform sowie für die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der geplanten EBM-Reform.

3.7 Beendigung bisheriger Datenlieferungen

In Abschnitt VII. wird die Beendigung bisheriger Datenlieferungen zur kassenseitigen Rechnungslegung (Formblatt 3), zu den Salden des Fremdkassenzahlungsausgleichs, zu den Mitteilungsmustern und Planungsblättern der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie zu den RLV-Transparenzdaten ab dem Berichtsjahr 2012 beschlossen. Die Bereitstellung dieser Daten erfolgte in Umsetzung der seinerzeitigen gesetzlichen Regelung in § 87 Abs. 3a Satz 5 SGB V. Auf dieser Grundlage hatte das Bundesministerium für Gesundheit diese Daten als Teil des Berichtes des Bewertungsausschusses zur Entwicklung der Vergütungs- und

Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung angefordert. Diese Datenlieferungen stellen sich vor dem Hintergrund des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) als nicht mehr erforderlich dar und können daher im Rahmen des Grundsatzes der Datenvermeidung und Datensparsamkeit entfallen.

Dies erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass gemäß § 87c SGB V in der Fassung des GKV-VStG die bisherigen Berichtspflichten des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit durch die künftige fortlaufende Veröffentlichungspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ersetzt wird. Zudem wird gemäß § 87b SGB V in der Fassung des GKV-VStG die Honorarverteilung regionalisiert.

3.8 Pseudonymisierung

§ 87 Absatz 3f Satz 1 SGB V schreibt die Pseudonymisierung arzt- und versichertenbezogener Daten, die an den Bewertungsausschuss geliefert werden, vor. Zur Umsetzung dieses Beschlusses sowie vorhergehender Beschlüsse des Bewertungsausschusses ist gemäß Abschnitt VIII. die Anpassung des bisherigen Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss erforderlich. Dementsprechend wird in Anlage 8 zum Beschluss ein Pseudonymisierungsverfahren festgelegt.

3.9 Künftige notwendige Änderungen der Anlagen

In Abschnitt IX. wird klargestellt, dass notwendige Änderungen an den Anlagen 1 bis 8 zu diesem Beschluss einer Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss bedürfen und lediglich die entsprechende Vorabstimmung und Planung auf der Arbeitsebene erfolgt.

3.10 Inkrafttreten und Veröffentlichung

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2012 in Kraft.