

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. April 2012

zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Absatz 6 SGB V einen Beschluss zu Datenlieferungen von der Bundesebene an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V für die Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V gefasst.

2. Aufbau des Beschlusses

Der vorliegende Beschluss gliedert sich in die Teile A, B und C, wobei jeder Teil die routinemäßige Übermittlung einer zentralen Datengrundlage an die regionalen Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung betrifft. Diese Routinedatenlieferungen sind grundsätzlich als unbefristete Datenlieferungen angelegt.

Der Beschluss knüpft hierbei inhaltlich an den Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an. In diesem separaten Beschluss werden unter anderem die Datenlieferungen an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses festgelegt, welche den Datenlieferungen an die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß § 87a Absatz 6 SGB V vorgeschaltet sind.

Der Beschluss ist hinsichtlich der erforderlichen Datenlieferungen zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen gemäß § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V 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. Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V können darüber hinaus weitere regionale Datenlieferungen für die Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V vereinbaren.

3. Regelungshintergründe

3.1 Daten der regionalisierten Geburtstagsstichprobe

Unter Teil A wird die Übermittlung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe an die regionalen Gesamtvertragspartner für jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre, beginnend mit dem Berichtszeitraum 2008 bis 2010 festgelegt. Diese Datenübermittlung nimmt Bezug auf die Beschlüsse zur Erhebung der bundesweiten Versichertenstichprobe für die Berichtsjahre 2008 bis 2010 sowie auf die Erhebung der bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2011 gemäß Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

3.1.1 Gesetzlich vorgesehenes Anwendungsgebiet

Die nach der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal des jeweiligen Drei-Jahres-Zeitraums regionalisierte Geburtstagsstichprobe ist neben den vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung errechneten zwei einheitlichen Veränderungsdaten die zentrale Datengrundlage für die Vereinbarung der jeweils jahresbezogenen Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 3 i. V. m. Absatz 5 Satz 2 bis 4 SGB V.

Die Landesebene soll durch die Weiterleitung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe Kenntnis von der Datengrundlage zur Ermittlung der morbiditätsbezogenen Veränderungsdaten nehmen können. Die Gesamtvertragspartner sollen die Datengrundlage insbesondere hinsichtlich der Kodierqualität und der Plausibilität prüfen können. Eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsdaten auf der Landesebene ist nicht vorgesehen. Jedoch kann aufgrund der Einsicht in die Datengrundlagen eine regionalspezifische Gewichtung der beiden Daten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 3 SGB V erfolgen.

3.1.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur der zu übermittelnden regionalisierten Daten der Geburtstagsstichprobe leitet sich aus der Struktur der an die Bundesebene gelieferten bundesweiten Versichertenstichprobe ab und wird mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2009 bis 2011 in der Anlage 1 dieses Beschlusses festgelegt. Übergangsweise

gilt für den Berichtszeitraum 2008 bis 2010 die seinerzeit vom Bewertungsausschuss festgelegte Datensatzbeschreibung.

Für die regionalisierte Geburtstagsstichprobe werden die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der nach dem Kalendertag des Geburtstags ausgewählten Versicherten der bundesweiten Versichertenstichprobe mit den pseudonymisierten Versichertenstammdaten der bundesweiten Versichertenstichprobe in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführt (sog. „Matching“). Für die Verwendungszwecke der regionalen Gesamtvertragspartner ist es ausreichend, dass nur diejenigen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten weitergeleitet werden, die mit Versichertenstammdaten gematcht werden konnten. Zur Ermittlung der so genannten „Non-User“ werden darüber hinaus auch die Stammdaten derjenigen Versicherten weitergeleitet, die im Berichtszeitraum keine vertragsärztlichen Leistungen in Anspruch genommen haben.

Vor der Weiterleitung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bzw. an die regionalen Gesamtvertragspartner werden die Daten qualitätsgesichert und mittels Modifizierung in dem für die Trägerorganisationen einerseits und die regionalen Gesamtvertragspartner andererseits vorgesehenen reduzierten Umfang aufbereitet. Hierzu werden vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Datenvermeidung, Datensparsamkeit und aus datenschutzrechtlichen Gründen diejenigen Merkmale aus den für die Weiterleitung an die Landesebene bestimmten Daten entfernt, die für die Anwendungszwecke der regionalen Gesamtvertragspartner nicht erforderlich sind, insbesondere die Postleitzahl des Versicherten, der Kalendertag des Geburtstags des Versicherten und das Kostenübernahmekennzeichen des Versicherten. Die praxis- und versichertenbezogenen Daten werden vor der Weiterleitung an die Trägerorganisationen und an die regionalen Gesamtvertragspartner zum Zwecke der Anonymisierung unumkehrbar verschlüsselt.

Weiterhin werden den Daten bestimmte Merkmale für die spezifischen Verwendungszwecke der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bzw. der Gesamtvertragspartner hinzugefügt. So werden die Datensätze um ein Kennzeichen zu Auffälligkeiten aus der Qualitätssicherung/Plausibilitätsprüfung der Daten (sog. „Flags“), um ein Statuskennzeichen für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, um die Wohnort-KV im letzten Versicherungsquartal des jeweiligen Drei-Jahres-Zeitraums zum Zwecke der Regionalisierung der Datenweiterleitung, um das Rechtsnachfolger-IK zum Zwecke der Feststellung der Empfängerkassenart auf dem aktuellen Fusionsstand sowie optional um einen Gewichtungsfaktor zum Zwecke der Erreichung von Repräsentativität hinsichtlich Alter und Geschlecht erweitert.

Für kassenübergreifende Berechnungen auf Landesebene ist es erforderlich, dass allen Gesamtvertragspartnern die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten für die jeweilige Wohnort-KV in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Um die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der einzelnen Krankenkassen zu wahren, wird in denjenigen Daten, die an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, der jeweilige Kassenbezug für nicht der Empfängerkassenart angehörige Krankenkassen durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses entfernt.

3.1.3 Weiterleitung und Lieferturnus

Die Weiterleitung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe an die Landesebene erfolgt durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen entsprechend dem auch für die regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2007-2009 bereits praktizierten und somit erprobten Verfahren.

Die Daten des Berichtszeitraums 2008 bis 2010 werden in regionalisierter Form durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zum 31. Mai 2012 zur Verfügung gestellt. Die jährliche Weiterleitung der Daten ab dem Berichtszeitraum 2009 bis 2011 erfolgt jeweils bis zum 30. April des auf die Lieferung des jeweils letzten Berichtsjahres an die Datenstelle folgenden Kalenderjahres durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses. Die Trägerorganisationen leiten diese Daten dann an die jeweilige Seite der Gesamtvertragspartner innerhalb von vier Wochen weiter. Hierdurch wird die gemäß § 87a Absatz 6 SGB V festgelegte Frist bis zum 30. Juni eines jeden Jahres gewahrt.

3.2 Daten der arztseitigen Rechnungslegung

Unter Teil B wird die Übermittlung eines krankenkassenspezifisch nach dem Wohnortprinzip aufbereiteten Datenkörpers der arztseitigen Rechnungslegung, ergänzt um Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie um Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme, an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V festgelegt. Diese Datenübermittlung sowie die zugehörigen Berichtszeiträume nehmen Bezug auf den Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

3.2.1 Gesetzlich vorgesehene Anwendungsgebiet

Die regionalisierten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie 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.

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 Behand-

lungsbedarfe 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 Jahr 2013 zu erfolgen hat und hierfür ggf. die Daten des Vorjahres maßgeblich sind, betrifft die erste vergütungsrelevante Lieferung der regionalisierten Daten der arztseitigen Rechnungslegung sowie der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme das Berichtsjahr 2012.

Die Lieferung von regionalisierten 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.

Darüber hinaus dienen die regionalisierten Daten der arztseitigen 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.

3.2.2 Struktur des Datenkörpers

Die Struktur der zu übermittelnden regionalisierten Daten leitet sich aus der Struktur der an die Bundesebene gelieferten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme ab und wird in der Anlage 2 dieses Beschlusses festgelegt.

Während die Daten der arztseitigen Rechnungslegung bereits mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011 an die Landesebene weitergeleitet werden, erfolgt die Ergänzung um Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme erst beginnend mit dem Berichtsjahr 2012. Dies 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.

Für kassenübergreifende Berechnungen auf Landesebene ist es erforderlich, dass allen Gesamtvertragspartnern die Daten für die jeweilige Wohnort-KV in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Zur Sicherstellung der Weiterleitung symmetrischer Informationen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V zum Zwecke der Ermittlung der historischen Gesamtleistungsmengen der Wohnortversicherten aller Krankenkassen innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie zum Zwecke der Ermittlung des historischen Gesamtleistungsbedarfs aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme der Wohnortversicherten aller Krankenkassen innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung werden die zu übermittelnden Daten der arztseitigen Rechnungslegung und zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme durch das Institut des Bewertungsausschusses in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM je Abrechnungsquartal und Wohnort-KV aggregiert und aufsummiert. Diese auf den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung bezogenen Summenwerte werden sodann über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt.

Für kassenspezifische Berechnungen auf Landesebene ist es darüber hinaus notwendig, dass auch die jeweils kassenspezifischen Daten für die jeweilige Wohnort-KV auf Landesebene zur Verfügung stehen. Daher werden durch das Institut des Bewertungsausschusses zusätzlich die kassenspezifischen Detaildaten zu den historischen Leistungsmengen sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme der Wohnortversicherten jeder einzelnen Krankenkasse innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung in den Satzarten ARZTRG87aKA_IK und ARZTRG87aNVI_IK aufbereitet. Aus Gründen der Wahrung der Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse der einzelnen Krankenkassen enthalten diejenigen Daten, die an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, kassen- und kassenartenbezogene Detaildaten nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen.

Die Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG bedürfen vor ihrer Weiterleitung keiner zusätzlichen Aufbereitungsschritte durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Das Institut des Bewertungsausschusses bereitet als neutrale Institution lediglich die weiterzuleitenden Daten im Sinne von Aggregation, Summenbildung, Regionalisierung nach dem Wohnortprinzip sowie Feststellung der Empfängerkassenarten auf. Es nimmt insbesondere keine Berechnungen vor, die in die Kompetenz der Landesebene eingreifen würden. Die inhaltliche Abgrenzung der Daten der

arztseitigen Rechnungslegung nach der regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Vergütungsjahres erfolgt durch die Gesamtvertragspartner auf Landesebene eigenständig mithilfe der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme. Dieses Vorgehen dient der Gewährleistung von größtmöglicher Objektivität und Transparenz für die Gesamtvertragspartner auf Landesebene und wahrt deren Kompetenz.

3.2.3 Weiterleitung und Lieferturnus

Die Übermittlung der nach dem Wohnortprinzip regionalisierten Datengrundlage für das Vorjahr des Vergütungsjahres durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses erfolgt im Falle der Daten der arztseitigen Rechnungslegung und der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme bis zum 10. Juli des jeweiligen Vergütungsjahres und im Falle der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bis zum 10. Juli des Vorjahres des jeweiligen Vergütungsjahres. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V innerhalb von zehn Tagen weiter. Die Weiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Landesebene erfolgt entsprechend dem auch für die regionalisierte Geburtstagsstichprobe bereits praktizierten und somit erprobten Verfahren.

Die gesetzliche Frist für die Datenlieferungen zum 30. Juni des Vorjahres des Vergütungsjahres gemäß § 87a Absatz 6 SGB V konnte dabei nicht umgesetzt werden, da die vergütungsrelevanten Leistungsmengen im Vorjahr des Vergütungsjahres noch nicht vorliegen. Aus diesem Grund ist eine prospektive kassenspezifische Aufsatzwertaktualisierung im Rahmen der Gesamtvergütungsverhandlungen nicht umsetzbar. Stattdessen soll die kassenspezifische Aufsatzwertaktualisierung nachgelagert zum Zeitpunkt der endgültigen Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgen.

3.3 Daten der kassenseitigen Rechnungslegung

Unter Teil C wird die Übermittlung eines krankenkassenspezifisch nach dem Wohnortprinzip aufbereiteten Datenkörpers der kassenseitigen Rechnungslegung an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V festgelegt. Diese Datenübermittlung sowie die zugehörigen Berichtszeiträume nehmen Bezug auf den Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

3.3.1 Gesetzlich vorgesehene Anwendungsgebiet

Die regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung sind die zentrale Grundlage zur Ermittlung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten und bereinigten Behandlungsbe-

darfs 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.

Da erstmals die Anpassung des 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 regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung das Berichtsjahr 2012.

Die Lieferung von regionalisierten 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 regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 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.

Darüber hinaus dienen die regionalisierten 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 der zu übermittelnden regionalisierten Daten leitet sich aus der Struktur der an die Bundesebene gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung ab und wird in der Anlage 3 dieses Beschlusses festgelegt.

Die Daten beinhalten KV- und kassenspezifische Informationen über den für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf sowie über die für die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahr maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, welche einerseits von den Krankenkassen, andererseits von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden.

Für kassenübergreifende Berechnungen auf Landesebene ist es erforderlich, dass allen Gesamtvertragspartnern die Daten für die jeweilige Wohnort-KV in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Zur Sicherstellung der Weiterleitung symmetrischer Informationen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V zum Zwecke der Ermittlung des vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarfs sowie der Anzahl der Wohnortversicherten aller

Krankenkassen innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahr des Vergütungsjahres werden die einerseits von den Krankenkassen, andererseits von den Kassenärztlichen Vereinigungen gelieferten Aufsatzwerte durch das Institut des Bewertungsausschusses in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM zusammengeführt und je Abrechnungsquartal und Wohnort-KV aggregiert und aufsummiert. Diese auf den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung bezogenen Summenwerte werden sodann über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Aus dieser Datengrundlage kann auf Landesebene der KV-spezifische vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahr des Vergütungsjahres als Aufsatzwert zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ermittelt werden.

Für kassenspezifische Datenabgleiche auf Landesebene, insbesondere wenn keine Übereinstimmung zwischen den einerseits aus kassenseitigen, andererseits aus KV-seitigen Datenlieferungen ableitbaren summarischen Aufsatzwerten besteht, ist es darüber hinaus notwendig, dass auch die jeweils kassenspezifischen Aufsatzwerte für die jeweilige Wohnort-KV auf Landesebene zur Verfügung stehen. Daher werden durch das Institut des Bewertungsausschusses zusätzlich die einerseits aus kassenseitigen, andererseits aus KV-seitigen Datenlieferungen stammenden kassenspezifischen Detaildaten zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf und zur Anzahl der Wohnortversicherten jeder einzelnen Krankenkasse innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahr des Vergütungsjahres in der Satzart KASSRG87aMGV_IK aufbereitet. Aus Gründen der Wahrung der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der einzelnen Krankenkassen enthalten diejenigen Daten, die an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, kassen- und kassenartenbezogene Detaildaten nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen.

Das Institut des Bewertungsausschusses bereitet als neutrale Institution lediglich die weiterzuleitenden Daten im Sinne von Zusammenführung, Aggregation, Summenbildung, Regionalisierung nach dem Wohnortprinzip sowie Feststellung der Empfängerkassenarten auf. Es nimmt insbesondere keine Berechnungen vor, die in die Kompetenz der Landesebene eingreifen würden. Dieses Vorgehen dient der Gewährleistung von größtmöglicher Objektivität und Transparenz für die Gesamtvertragspartner auf Landesebene und wahrt deren Kompetenz.

3.3.3 Weiterleitung und Lieferturnus

Die Übermittlung der nach dem Wohnortprinzip regionalisierten Datengrundlage für das Vorjahr des Vergütungsjahres durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses erfolgt bis zum 1. August des jeweiligen Vergütungsjahres. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V innerhalb von zehn Tagen

weiter. Die Weiterleitung über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Landesebene erfolgt entsprechend dem auch für die regionalisierte Geburtstagsstichprobe bereits praktizierten und somit erprobten Verfahren.

Auch hinsichtlich dieses Datenkörpers konnte die gesetzliche Frist für Datenlieferungen zum 30. Juni des Vorjahres des Vergütungsjahres gemäß § 87a Absatz 6 SGB V nicht umgesetzt werden, da die vergütungsrelevanten Aufsatzwerte, insbesondere unter Berücksichtigung der selektivvertraglichen Bereinigungsstände, im Vorjahr des Vergütungsjahres noch nicht vorliegen.

4. Inkrafttreten und Veröffentlichung

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