

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Landesverbände der Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband sowie durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 1. Mai 2013

1 Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses gefasst. Anlass der Datenlieferung ist die Erfüllung des Auftrags des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Beschluss aus der 34. Sitzung am 19. März 2013. Das Institut des Bewertungsausschusses wird in diesem Beschluss mit Auswertungen beauftragt, die der Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 dienen.

Der vorliegende Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der für die Bearbeitung dieses Auftrags zusätzlich erforderlichen Datenlieferungen.

2 Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in den Abschnitten I bis III Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses fest. Diese anlassbezogenen Datenlieferungen sind als befristete Datenlieferungen angelegt, welche sich für die Datenlieferungen gemäß Abschnitt I und II auf das Berichtsjahr 2012, für die Datenlieferungen gemäß Abschnitt III auf die Berichtsjahre 2011 und 2012 beziehen.

In Abschnitt IV wird die Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten und die Zusammenführbarkeit des Datenkörpers nach diesem Beschluss mit dem Datenkörper gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung geregelt.

3 Regelungshintergründe

3.1 Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, die Veränderung der Praxiskosten, der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit, der Vergütung je EBM-Punkt sowie des StaBS-Punktzahlvolumens vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu ermitteln. Die dafür notwendigen Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits vor. In Abschnitt I wird die Übermittlung der entsprechenden Daten für das Berichtsjahr 2012 festgelegt.

3.2 Anlassbezogene Übermittlung der kassenseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, die Veränderung der Vergütung je EBM-Punkt vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu ermitteln. In Abschnitt II wird daher die Übermittlung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Formblatt 3) für das Berichtsjahr 2012 durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses geregelt. Die Daten des Berichtsjahres 2011 liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits vor.

3.3 Daten zu regionalen vereinbarten Vergütungsaspekten für das Berichtsjahr 2011 und 2012

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, bei der Ermittlung der Veränderung der Vergütung je EBM-Punkt vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 den Einfluss von regional vereinbarten Vergütungsaspekten zu berichten. Um diesen Auftrag erfüllen zu können, benötigt das Institut des Bewertungsausschusses Informationen zu regionalen Vereinbarungen, die zu einer Verbesserung der arztseitigen Vergütung von EBM-Leistungen oder zu einer Erhöhung der abgerechneten Menge von EBM-Leistungen führen. Darüber hinaus werden Informationen zu regionalen Vereinbarungen zur Vergütung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie zur Überführung von EBM-Leistungen aus der

MGV in die EGV bzw. aus der EGV in die MGV benötigt. In Abschnitt III wird daher die Übermittlung von Daten zu diesen regionalen Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2011 und 2012 geregelt.

Anhand des in Anlage 3 des vorliegenden Beschlusses abgebildeten Fragenkatalogs übermitteln die Landesverbände der Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 10. Juni 2013 die notwendigen Informationen. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen dem Institut des Bewertungsausschusses die entsprechenden Informationen bis zum 12. Juni 2013 zur Verfügung.

3.4 Pseudonymisierung

§ 87 Absatz 3f Satz 1 SGB V schreibt die Pseudonymisierung arzt- und versichertenbezogener Daten, die an den Bewertungsausschuss geliefert werden, vor. Abschnitt IV regelt daher die Pseudonymisierung der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung. Die Pseudonymisierung erfolgt auf der Grundlage des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der aktuell gültigen Fassung.

3.5 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Mai 2013 in Kraft.