

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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 mit Wirkung zum 1. April 2013

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 273. Sitzung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V einen Beschluss zur Übermittlung von für die Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses gefasst.

Dieser Beschluss wird hinsichtlich der Regelungen zu Korrekturlieferungen präzisiert und hinsichtlich der Dateninhalte an einigen Stellen an die aktuellen Bedürfnisse angepasst. Die Beschreibung des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 SGB V wird an den aktuellen Beschlussstand angepasst.

2. Regelungsinhalte

Die Lieferung der pseudonymisierten Versichertenstammdaten der Geburtstagsstichprobe durch die Krankenkassen wird um 16 Tage vorverlegt und um die Bestätigung einer positiven Qualitätsprüfung nach Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes erweitert. Hierdurch soll mehr Zeit für die Analyse und Korrektur etwaiger Datenqualitätsprobleme der pseudonymisierten Versichertenstammdaten durch die Kassenseite geschaffen werden. Darüber hinaus wird die Erstellung kassen- und KV-spezifischer Übersichten zur Qualität der durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und

vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe bis zum 10. Dezember des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres und die Möglichkeit beiderseitiger Korrekturlieferungen bis zum 20. Januar des übernächsten auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres festgelegt, um praktische Erfordernisse und bisherige Erfahrungen in den Vorgaben abzubilden.

Zu den Lieferungen der Daten der arztseitigen Rechnungslegung wird festgelegt, dass bei Bedarf unverzüglich Korrekturlieferungen bis zu sechs Monate nach dem jeweiligen erstmaligen Liefertermin zu erfolgen haben. Hiermit soll einerseits die grundsätzliche Notwendigkeit von Korrekturlieferungen bei inhaltlichen oder formalen Fehlern festgehalten und andererseits eine Obergrenze des Zeitraums, innerhalb dessen noch mit Korrekturen gerechnet werden muss, definiert werden.

Bezüglich der Lieferungen der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung wird analog eine bei Bedarf unverzügliche Korrektur innerhalb einer Korrekturlieferungsfrist von drei Monaten festgelegt. Darüber hinaus wird eine regelhafte nochmalige Übermittlung der Daten des dem jeweils aktuell zu liefernden Abrechnungsquartal vorhergehenden Abrechnungsquartals im Falle formaler oder inhaltlicher Fehler eingeführt. Für die Daten der ersten beiden Quartale des Jahres 2012 gilt eine abweichende Korrekturlieferfrist bis zum 10. Juli 2013.

Die Datensatzbeschreibung der Geburtstagsstichprobe wird in den Satzarten 200 und 201 um einen von den kassenseitigen Datenlieferanten zu verwendenden eindeutigen Schlüssel je lieferpflichtiger Krankenkasse gemäß dem neu aufgenommenen Schlüsselverzeichnis 8 erweitert und die bisherige Angabe des für eine Krankenkasse nicht eindeutigen Institutionskennzeichens auf der Krankenversichertenkarte der Versicherten in der Satzart 201 hierdurch ersetzt.

In den Datensatzbeschreibungen der Daten der arztseitigen Rechnungslegung wird die Kennzeichnung zur MGV/EGV-Zuordnung der Gebührenordnungspositionen im Abrechnungsquartal um eine Ausprägung für nicht vertragsgemäß in Anspruch genommene bereinigte Leistungen ergänzt und klargestellt, dass das Kennzeichen die Regelungen in der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis und nicht etwa am Wohnort des Versicherten abbildet. Damit wird auf erste Erfahrungen bei der Anwendung des Beschlusses aus der 273. Sitzung reagiert.

In der Datensatzbeschreibung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung wird definiert, dass für den vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf und die Versichertenanzahl leere Felder zu übermitteln sind, falls diese Werte zum Lieferzeitpunkt noch nicht vorliegen.

Schließlich werden die Schlüsselverzeichnisse 4 und 5 zur Leistungssegmentierung angepasst, um die durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 288.

und 302. Sitzung empfohlenen Ausdeckelungen von Leistungen auch in der Segmenteinteilung zu berücksichtigen.

Die Beschreibung des Pseudonymisierungsverfahrens in Anlage 8 wird entsprechend den zwischenzeitlichen Beschlüssen zur Beendigung von Datenlieferungen und zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten für die geplante Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angepasst. In den letztgenannten Datenlieferungen werden die arzt- und praxisbezogenen Attribute analog zum bei den Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe angewandten Verfahren pseudonymisiert, um eine Verknüpfbarkeit dieser Datenkörper zu gewährleisten. Die bisherigen Aufbewahrungsfristen werden auf Daten, die ausschließlich für die Aufgaben nach § 87a Absatz 5 SGB V benötigt werden, beschränkt. Die übrigen Daten werden solange aufbewahrt, wie es der Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2013 in Kraft.