

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2013 und 2014 gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an die Partner der Gesamtverträge sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

mit Wirkung zum 1. April 2015

Präambel

Gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen und diesen insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen anzupassen, soweit diese Sachverhalte nicht bereits im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erfasst bzw. berücksichtigt worden sind. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben hat das Institut des Bewertungsausschusses ein datengestütztes Verfahren zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g SGB V entwickelt. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 beschlossen, dass dieses Verfahren in seiner Wirkungsweise überprüft und ggf. angepasst werden soll. In diesem Zusammenhang ist unter anderem auch zu prüfen, wie die Entwicklung der Vergütung im zugrundeliegenden Basisjahr und die Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei den Praxiskosten konsistent in ein Gesamtmodell eingebunden werden können.

Zur Ermittlung der Veränderung der tatsächlichen Vergütung je EBM-Punkt zwischen Basis- und Folgejahr benötigt das Institut des Bewertungsausschusses Daten zu regionalen Vergütungsaspekten.

Im Folgenden beschließt der Bewertungsausschuss Näheres zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der anlassbezogenen Datenlieferungen zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2013 und 2014 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an die Partner der Gesamtverträge sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses.

I. Anlassbezogene Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014

1. Die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erheben für die Berichtsjahre 2013 und 2014 Daten zu regional vereinbarten Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, zu regional vereinbarten Punktwerten zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, zu regional vereinbarten Veränderungen der Abgrenzung zwischen morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetärer Vergütung sowie zu weiteren regionalen Vergütungsaspekten der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die erhobenen Daten bis zum 8. Juni 2015 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an die für den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis).
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die nach Nr. 1 an sie übermittelten Daten zusammen und leitet diese, differenziert nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, bis zum 15. Juni 2015 an das Institut des Bewertungsausschusses und an den GKV-Spitzenverband weiter.
3. Die kassenseitigen Partner der Gesamtverträge (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis) prüfen die nach Nr. 1 an sie übermittelten Daten, stimmen den ggf. erforderlichen Korrekturbedarf ab und übermitteln bei Bedarf abgestimmte Korrekturlieferungen der Daten nach Nr. 1 bzw. bei nicht bestehendem Korrekturbedarf entsprechende Leermeldungen bis zum 1. Juli 2015 gemeinsam und einheitlich an den GKV-Spitzenverband sowie an die jeweilige gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung.
4. Der GKV-Spitzenverband führt die nach Nr. 3 an ihn übermittelten Daten zusammen und leitet diese, differenziert nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, bis zum 8. Juli 2015 an das Institut des Bewertungsausschusses und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiter.
5. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen in Form von Excel-Tabellen in elektronisch verarbeitbarem xls- bzw. xlsx-Format gemäß der Anlage zu diesem Beschluss (Tabellen REG_MGV, REG_PW, REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG und REG_VB).

II. Zweckbindung

Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können die Daten nach Abschnitt I. durch das Institut des Bewertungsausschusses auch zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 stehen.

III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach Abschnitt I. beim Institut des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

Anlage Tabellenbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V (REG_MGV, REG_PW, REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG, REG_VB)

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Tabellenbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Verfahren der Datenübertragung.....	5
2	Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Tabelle REG_MGV)	7
3	Regional vereinbarte Punktwerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Tabelle REG_PW).....	11
4	Regional vereinbarte Veränderungen der Abgrenzung zwischen morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetärer Vergütung (Tabelle REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG).....	13
5	Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (Tabelle REG_VB).....	15

1 Verfahren der Datenübertragung

Die Daten sind in Form von Excel-Tabellen in elektronisch verarbeitbarem xls- bzw. xlsx-Format in einer Datei je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung zu übermitteln. Innerhalb einer Datei erfolgt die Datenübermittlung pro Tabelle in einem separaten Tabellenblatt, welches mit dem jeweiligen Tabellennamen bezeichnet ist. Das Institut des Bewertungsausschusses stellt Vorlagen der Excel-Tabellen auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html>) zum Abruf zur Verfügung.

Folgende Dateinamenskonzvention ist einzuhalten:

Für Datenübermittlungen

- durch die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis:

Typ_KV_Erstellungsdatum.Endung

- durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis an den GKV-Spitzenverband sowie an die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen:

Typ_KV_Erstellungsdatum.Endung

- durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses:

Typ_Datenlieferant-Kennzeichen_KV_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Typ konstant alphanumerisch
(REG),

Kennzeichen des originären Datenlieferanten einstellig alphanumerisch

(A=KV, K=Landesverband der Krankenkassen bzw. Ersatzkasse bzw. gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis),

KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch
(01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98),

Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),

Endung xls bzw. xlsx.

Den Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis ist je Datei in einem separaten Tabellenblatt jeweils eine Datenträgerbegleitinformation mit folgenden Angaben beizufügen und durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses weiterzuleiten:

KV-Name / Name des Landesverbandes der Krankenkassen bzw. der Ersatzkasse bzw. des gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis	
Ansprechpartner	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Leermeldung (Bezeichnung derjenigen Tabellen, für die keine Korrekturlieferung erfolgt) ^{*)}	

*) nur durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis auszufüllen

Datenlieferant und Datenempfänger vereinbaren jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

2 Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Tabelle REG_MGV)

Tabelle: REG_MGV			
Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.			
Nicht in die Datenübermittlung einzubeziehen sind regional vereinbarte Anpassungen der MGV aufgrund einer geänderten MGV-Abgrenzung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum; diese sind in der Tabelle REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG zu übermitteln.			

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung			
Nr.	Sachverhalt	Wert	Beschreibung
1	MGV 2013 (Tsd. Euro)		
2	Basiswirksame MGV 2013, als Davon-Ausweis zu Nr. 1 (Tsd. Euro)		
3	MGV-Aufsatzwert 2014 (Tsd. Euro)		
4	Gewichtete Veränderungsrate 2014 (Prozent)		
5	Finanzvolumen 2014 aus basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV um gewichtete Veränderungsrate (Tsd. Euro)		
6	Finanzvolumen 2014 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en) (Tsd. Euro)		Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en) zum Finanzvolumen
7	Finanzvolumen 2014 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
8	Finanzvolumen 2014 aus Differenzbereinigung der MGV aufgrund der Einschreibung von Versicherten in Selektivverträge (Tsd. Euro)		
9	Finanzvolumen 2014 aus Veränderung der MGV aufgrund der Anpassung des regionalen Punktwertes (Tsd. Euro)		
10	Finanzvolumen 2014 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
11	MGV 2014 (Tsd. Euro)		
12	Bemerkung		Sonstige Bemerkung zum Datensatz

Erläuterungen zur Tabelle „REG_MGV“:

a) Zu Nr. 1 (MGV 2013)

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die Quartale 1 bis 4/2013 vereinbarten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals multiplizierten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V. Angabe in Tsd. Euro.

b) Zu Nr. 2 (Basiswirksame MGV 2013 (Davon-Ausweis))

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die Quartale 1 bis 4/2013 basiswirksam vereinbarten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals multiplizierten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, als Davon-Ausweis zu Nr. 1. Angabe in Tsd. Euro.

c) Zu Nr. 3 (MGV-Aufsatzwert 2014)

Spalte „Wert“: Summe der gemäß Teil A Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013, mit Wirkung für die Quartale 1 bis 4/2014 bestimmten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Vorjahresquartals multiplizierten, kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs. Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Der zu berichtende MGV-Aufsatzwert 2014 berücksichtigt bereits sowohl eine ggf. geänderte Abgrenzung der MGV als auch Veränderungen der Zahl der Versicherten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Er berücksichtigt jedoch nicht die Anpassung des regionalen Punktwertes im Vergleich zum Vorjahreszeitraum, d. h. die Angabe des MGV-Aufsatzwertes 2014 erfolgt auf dem Niveau des regionalen Punktwertes im Vorjahreszeitraum.

d) Zu Nr. 4 (Gewichtete Veränderungsrate 2014)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbarte gewichtete Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V. Angabe in Prozent, 4 Nachkommastellen.

e) Zu Nr. 5 (Finanzvolumen 2014 aus basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV um gewichtete Veränderungsrate)

Spalte „Wert“: Finanzvolumen 2014, welches auf die vereinbarte basiswirksame Anhebung bzw. Absenkung der MGV um die gewichtete Veränderungsrate gemäß Nr. 4 entfällt, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Vorjahreszeitraum (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zum MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

f) Zu Nr. 6 (Finanzvolumen 2014 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en))

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nr. 5 hinausgehendes Finanzvolumen zur basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en), umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Vorjahreszeitraum (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um das Finanzvolumen gemäß Nr. 5 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Falls mehrere Finanzvolumina vereinbart wurden, sind diese als Summe zu übermitteln.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Kurzbezeichnung(en) der Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en), auf welche sich das Finanzvolumen aus Nr. 6 bezieht.

- g) Zu Nr. 7 (Finanzvolumen 2014 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 5 und 6 hinausgehendes Finanzvolumen zur basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (außerhalb von Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en)), umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Vorjahreszeitraum (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 5 und 6 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Falls mehrere Finanzvolumina vereinbart wurden, sind diese als Summe zu übermitteln.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens aus Nr. 7.

- h) Zu Nr. 8 (Finanzvolumen 2014 aus Differenzbereinigung der MGV aufgrund der Einschreibung von Versicherten in Selektivverträge)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbarte Summe der von der MGV abzusetzenden bzw. der MGV hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeträge aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossene Selektivverträge, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Vorjahreszeitraum (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 5, 6 und 7 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- i) Zu Nr. 9 (Finanzvolumen 2014 aus Veränderung der MGV aufgrund der Anpassung des regionalen Punktwertes)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 5, 6, 7 und 8 hinausgehendes, auf die MGV entfallendes Finanzvolumen aufgrund der jährlichen Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 5, 6, 7 und 8 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- j) Zu Nr. 10 (Finanzvolumen 2014 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr 2014 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 5, 6, 7, 8 und 9 hinausgehendes Finanzvolumen zur nicht basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (außerhalb von Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en)), bewertet zum regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals 2014 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 5, 6, 7, 8 und 9 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert 2014 gemäß Nr. 3). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Falls mehrere Finanzvolumina vereinbart wurden, sind diese als Summe zu übermitteln.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens aus Nr. 10.

k) Zu Nr. 11 (MGV 2014)

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die Quartale 1 bis 4/2014 vereinbarten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals multiplizierten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V. Angabe in Tsd. Euro.

3 Regional vereinbarte Punktwerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Tabelle REG_PW)

Tabelle: REG_PW

Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Nr.	Sachverhalt	Wert	Beschreibung
1	Regionaler Punktwert in Q 1/2013 (Cent)		
2	Regionaler Punktwert in Q 2/2013 (Cent)		
3	Regionaler Punktwert in Q 3/2013 (Cent)		
4	Regionaler Punktwert in Q 4/2013 (Cent)		
5	Regionaler Punktwert in Q 1/2014 (Cent)		
6	Regionaler Punktwert in Q 2/2014 (Cent)		
7	Regionaler Punktwert in Q 3/2014 (Cent)		
8	Regionaler Punktwert in Q 4/2014 (Cent)		
9	Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf bzw. Abschlägen vom Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V (insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur) (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
10	Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 erster Halbsatz SGB V (besonders förderungswürdige Leistungen und Arztgruppen) (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
11	Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. Kooperationsverträge) (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
12	Bemerkung		Sonstige Bemerkung zum Datensatz

Erläuterungen zur Tabelle „REG_PW“:

- a) Zu Nrn. 1 bis 8 (Regionaler Punktwert)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das jeweilige Quartal vereinbarter regionaler Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Angabe in Cent, 4 Nachkommastellen.

- b) Zu Nr. 9 (Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf bzw. Abschlägen vom Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V (insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur))

Spalte „Wert“: Auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V entfallendes Finanzvolumen im Berichtsjahr 2014 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert). Angabe in Tsd. Euro. Negative Werte (Abschläge) sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

Hinweis: Der anzugebende in-/dekrementelle Effekt bezieht sich auf die Gesamtheit aus MGV und EGV.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens aus Nr. 9.

- c) Zu Nr. 10 (Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 erster Halbsatz SGB V (besonders förderungswürdige Leistungen und Arztgruppen))

Spalte „Wert“: Auf regional vereinbarte Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 erster Halbsatz SGB V entfallendes Finanzvolumen im Berichtsjahr 2014 (inkrementeller Anhebungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert, ohne bereits im Finanzvolumen gemäß Nr. 9 enthaltene Zuschläge). Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Der anzugebende inkrementelle Effekt bezieht sich auf die Gesamtheit aus MGV und EGV.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens aus Nr. 10.

- d) Zu Nr. 11 (Finanzvolumen 2014 aus Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. Kooperationsverträge))

Spalte „Wert“: Auf regional vereinbarte Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V entfallendes Finanzvolumen im Berichtsjahr 2014 (inkrementeller Anhebungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert, ohne bereits in den Finanzvolumina gemäß Nrn. 9 und 10 enthaltene Zuschläge). Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Der anzugebende inkrementelle Effekt bezieht sich auf die Gesamtheit aus MGV und EGV.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens aus Nr. 11.

4 Regional vereinbarte Veränderungen der Abgrenzung zwischen morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetärer Vergütung (Tabelle REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG)

Tabelle: REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG
<p>Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV, Leistungsbereich und MGV-EGV-Zuordnung.</p> <p>In die Datenübermittlung sind ausschließlich regionale Vereinbarungen zur Überführung von Leistungen aus der MGV in die EGV sowie regionale Vereinbarungen zur Überführung von Leistungen aus der EGV in die MGV einzubeziehen, welche mit Wirkung für ein oder mehrere Quartale des Berichtsjahres 2014 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal wirksam geworden sind.</p> <p>Nicht in die Datenübermittlung einzubeziehen sind regionale Vereinbarungen zur Einführung neuer, nicht im EBM enthaltener Leistungen; diese sind in der Tabelle REG_VB zu übermitteln.</p>

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung											
Nr.	Leistungsbereich	MGV-EGV-Zuordnung								Veränderung des Behandlungsbedarfs 2014 (Tsd. Euro)	Bemerkung
		Q 1/ 2013	Q 2/ 2013	Q 3/ 2013	Q 4/ 2013	Q 1/ 2014	Q 2/ 2014	Q 3/ 2014	Q 4/ 2014		
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]
1											
2											
3											
...											

Erläuterungen zur Tabelle „REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG“:

a) Zu Spalte [1] (Leistungsbereich)

Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. Beschreibung der EBM-Gliederung (Kapitel, Abschnitt, Unterabschnitt), auf die sich die veränderte MGV-EGV-Abgrenzung des Behandlungsbedarfs bezieht. Bei regionalen GOP ist der Leistungsbereich (z. B. DMP, Impfungen) anzugeben.

b) Zu Spalten [2] bis [9] (MGV-EGV-Zuordnung)

Quartalsbezogene Angabe, ob der Leistungsbereich aus Spalte [1] der MGV oder der EGV zuzuordnen ist.

Werte: MGV = innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

EGV = außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

c) Zu Spalte [10] (Veränderung des Behandlungsbedarfs 2014)

Vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs im Berichtsjahr 2014 aufgrund der veränderten MGV-EGV-Abgrenzung, bewertet zum regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals 2014. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Bei Überführung in die EGV ist ein negativer Wert anzugeben.

d) Zu Spalte [11] (Bemerkung)

Für den Fall der Überführung von Leistungen aus der MGV in die EGV kann hier ggf. mitgeteilt werden, ob und in welcher Höhe eine Ausgabenobergrenze für das entsprechende EGV-Vergütungsvolumen mit Wirkung für das Berichtsjahr 2014 vereinbart wurde.

5 Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (Tabelle REG_VB)

Tabelle: REG_VB
<p>Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV, Vereinbarung, Zweck der Vereinbarung, Instrument zur Vergütungsförderung und Gültigkeitszeitraum. Mehrere regionale Vereinbarungen innerhalb einer gesamtvertragszuständigen KV mit demselben Zweck der Vereinbarung, demselben Instrument zur Vergütungsförderung sowie demselben Gültigkeitszeitraum können zu einer Vereinbarung (d. h. in einer Tabellenzeile) zusammengefasst werden.</p> <p>In die Datenübermittlung sind ausschließlich regionale Vereinbarungen zu Vergütungsaspekten der vertragsärztlichen Versorgung einzu-beziehen, welche</p> <ul style="list-style-type: none"> • in den gemäß Tabellen REG_MGV und REG_PW übermittelten Finanzvolumina <u>nicht</u> bereits berücksichtigt sind und • zwischen kassenseitigen Gesamtvertragspartnern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. zwischen einzelnen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen worden sind und • in den Jahren 2013 und/oder 2014 rechtsgültig waren und • für die von den Krankenkassen zu entrichtenden vertragsärztlichen Gesamtvergütungen finanzwirksam sind und • von Bundesvorgaben bzw. Bundesempfehlungen abweichen. <p>Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.</p> <p>Nicht in die Datenübermittlung einzubeziehen sind bundesweit vereinbarte Leistungen außerhalb des EBM (z. B. Onkologievereinbarung, Sozialpsychiatrievereinbarung).</p>

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung							
Nr.	Vereinbarung	Zweck der Vereinbarung (Codeangabe)	Bemerkung zu [2]	Instrument zur Vergütungsförderung (Codeangabe)	Bemerkung zu [4]	Gültig von (Quartal im Format JJJJQ)	Gültig bis (Quartal im Format JJJJQ)
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
1							
2							
3							
...							

Noch Tabelle REG_VB:

Nr.	Finanzvolumen 2013 (Tsd. Euro)	Differenz des Finanzvolumens 2013 im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert (Tsd. Euro)	Leistungsmenge 2013 (Tsd. Euro)	Finanzvolumen 2014 (Tsd. Euro)	Differenz des Finanzvolumens 2014 im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert (Tsd. Euro)	Leistungsmenge 2014 (Tsd. Euro)	Bemerkung
[0]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
1							
2							
3							
...							

Erläuterungen zur Tabelle „REG_VB“:

a) Zu Spalte [1] (Vereinbarung)

Bezeichnung der regionalen Vereinbarung mit Angabe des Leistungsbereichs, auf welchen sich die regionale Vereinbarung bezieht (z. B. Ambulantes Operieren, Belegärztliche Leistungen, Früherkennung, Impfungen, DMP, Sachkosten etc.).

b) Zu Spalte [2] (Zweck der Vereinbarung)

Angabe des Zwecks der regionalen Vereinbarung.

Werte: 1 = Förderung der Vergütung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen
2 = Förderung der Vergütung von Leistungen bestimmter Ärzte/Therapeuten
3 = Kombination aus 1 und 2
4 = (pauschale) Förderung der vertragsärztlichen Vergütung ohne konkrete Zuordnung zu bestimmten vertragsärztlichen Leistungen oder Ärzten/Therapeuten
9 = sonst

c) Zu Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung)

Angabe des regional vereinbarten Instruments zur Vergütungsförderung.

Werte: 1 = Punktwertzuschläge bzw. Punktwertabschläge (Förderung der Preiskomponente)
2 = Veränderung des Leistungsbedarfs (Förderung der Mengenkomponekte)
3 = Kombination aus 1 und 2
4 = (pauschale) Erhöhung des Finanzvolumens ohne konkrete Zuordnung zu bestimmten vertragsärztlichen Leistungen oder Ärzten/Therapeuten
9 = sonst

d) Zu Spalte [6] (Erstes Quartal der Gültigkeit innerhalb des Berichtszeitraums)

Erstes Quartal, in welchem die regionale Vereinbarung im Berichtszeitraum 2013 bis 2014 gegolten hat, im Format JJJJQ.

Hinweis: Als frühestmögliches Quartal ist 20131 anzugeben.

e) Zu Spalte [7] (Letztes Quartal der Gültigkeit innerhalb des Berichtszeitraums)

Letztes Quartal, in welchem die regionale Vereinbarung im Berichtszeitraum 2013 bis 2014 gegolten hat, im Format JJJJQ.

Hinweis: Als letzstmögliches Quartal ist 20144 anzugeben.

f) Zu Spalte [8] (Finanzvolumen 2013)

Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) einer der Werte „2“, „3“, „4“ oder „9“ übermittelt wird, ist das gesamte Finanzvolumen der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2013 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.

g) Zu Spalte [9] (Differenz des Finanzvolumens 2013 im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert)

Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) der Wert „1“ übermittelt wird, ist die Differenz zwischen dem gesamten Finanzvolumen der regionalen Vereinbarung und dem zum bundeseinheitlichen Orientierungswert bewerteten Vergütungsvolumen der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2013 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- h) Zu Spalte [10] (Leistungsmenge 2013)
Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) einer der Werte „2“ oder „3“ übermittelt wird, ist die gesamte Leistungsmenge (Leistungsbedarf) der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2013, bewertet zum regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals 2013, anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.
- i) Zu Spalte [11] (Finanzvolumen 2014)
Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) einer der Werte „2“, „3“, „4“ oder „9“ übermittelt wird, ist das gesamte Finanzvolumen der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2014 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.
- j) Zu Spalte [12] (Differenz des Finanzvolumens 2014 im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert)
Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) der Wert „1“ übermittelt wird, ist die Differenz zwischen dem gesamten Finanzvolumen der regionalen Vereinbarung und dem zum bundeseinheitlichen Orientierungswert bewerteten Vergütungsvolumen der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2014 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.
- k) Zu Spalte [13] (Leistungsmenge 2014)
Für den Fall, dass in Spalte [4] (Instrument zur Vergütungsförderung) einer der Werte „2“ oder „3“ übermittelt wird, ist die gesamte Leistungsmenge (Leistungsbedarf) der regionalen Vereinbarung im Berichtsjahr 2014, bewertet zum regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals 2014, anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2013 und 2014 gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an die Partner der Gesamtverträge sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung zum 1. April 2015

1 Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten an das Institut des Bewertungsausschusses gefasst. Anlass der Datenlieferung sind die vom Institut des Bewertungsausschusses durchzuführenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V.

Der vorliegende Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten.

2 Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in Abschnitt I. Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten an das Institut des Bewertungsausschusses fest. Diese anlassbezogenen Datenlieferungen sind als befristete Datenlieferungen angelegt und beziehen sich auf die Berichtsjahre 2013 und 2014. Die Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten nach dem vorliegenden Beschluss ergänzen die anlassbezogenen Datenlieferungen der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung, des Formblattes 3 sowie der Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Abschnitt II. regelt den Verwendungszweck der anlassbezogenen Datenlieferungen zu regionalen Vergütungsaspekten nach dem vorliegenden Beschluss.

In Abschnitt III. werden Aufbewahrungsfristen sowie die Löschung der anlassbezogenen Daten zu regionalen Vergütungsaspekten nach dem vorliegenden Beschluss geregelt.

3 Regelungshintergründe

3.1 Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2013 und 2014

Das Institut des Bewertungsausschusses hat ein datengestütztes Verfahren zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g SGB V entwickelt. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 beschlossen, dass dieses Verfahren in seiner Wirkungsweise überprüft und angepasst werden soll. In diesem Zusammenhang ist unter anderem auch zu prüfen, wie die Entwicklung der Vergütung im zugrundeliegenden Basisjahr und die Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei den Praxiskosten konsistent in ein Gesamtmodell eingebunden werden können.

Für die Überprüfung der Möglichkeiten zur Einbindung der Entwicklung der Vergütung in das Gesamtmodell lässt sich der Bewertungsausschuss vom Institut des Bewertungsausschusses die Veränderungsrate der Vergütung je EBM-Punkt zwischen den Jahren 2013 und 2014 berichten. Das Institut ist ebenfalls beauftragt, den Einfluss regional vereinbarter Vergütungsaspekte auf die Veränderungsrate der Vergütung je EBM-Punkt zu analysieren und zu berichten. Um den Einfluss regional vereinbarter Vergütungsaspekte analysieren zu können, benötigt das Institut des Bewertungsausschusses Informationen zu denjenigen regionalen Vereinbarungen, die zu einer Veränderung der arztseitigen Vergütung von EBM-Leistungen oder zu einer Veränderung der abgerechneten Menge von EBM-Leistungen führen. Darüber hinaus werden Informa-

tionen zu regionalen Vereinbarungen zur Überführung von EBM-Leistungen aus der MGV in die EGV bzw. aus der EGV in die MGV benötigt. In Abschnitt I. wird daher die Übermittlung von Daten zu diesen regionalen Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2013 und 2014 geregelt.

Anhand der in der Anlage des vorliegenden Beschlusses enthaltenen Tabellenbeschreibungen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 8. Juni 2015 die notwendigen Informationen in Form von Excel-Tabellen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an die für den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge. Die kassenseitigen Partner der Gesamtverträge haben ihrerseits innerhalb von ca. drei Wochen die Möglichkeit, die KV-seitig übermittelten Daten zu prüfen, notwendige Korrekturen abzustimmen und diese bei Bedarf gemeinsam und einheitlich bis zum 1. Juli 2015 an den GKV-Spitzenverband sowie an die jeweilige gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband leiten die jeweils an sie übermittelten Daten innerhalb von einer Woche an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses weiter. Somit liegen dem Institut des Bewertungsausschusses die benötigten Daten zu regionalen Vergütungsaspekten bis zum 15. Juni 2015 (Erstlieferung) bzw. bis zum 8. Juli 2015 (Korrekturlieferung) vor.

3.2 Zweckbindung

In Abschnitt II. wird geregelt, dass die Daten nach Abschnitt I. durch das Institut des Bewertungsausschusses nur auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden können, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Überprüfung und Anpassung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 stehen.

3.3 Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

In Abschnitt III. werden die Aufbewahrungs- und Lösungsfristen für die Daten nach Abschnitt I. geregelt. Die Aufbewahrungsfrist beim Institut des Bewertungsausschusses richtet sich nach dem Verwendungszweck und beträgt längstens zehn Jahre.

3.4 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2015 in Kraft.