

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017**

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in
seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu
anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1
und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch
die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
und durch die Krankenkassen an die Partner der Gesamtverträge
sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. über
den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsaus-
schusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des
Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur
Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem
Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V**

mit Wirkung zum 29. März 2017

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die Krankenkassen 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 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung zum 1. April 2016 wird vor dem Hintergrund von Veränderungen der Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs mit Wirkung ab dem Lieferjahr 2017 wie folgt geändert:

1. Änderung im Abschnitt IV.

a) Nr. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„6. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen differenziert nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Excel-Tabellen in maschinell lesbarem xls- bzw. xlsx-Format nach den Vorlagen gemäß Nr. 7.“

b) Nach Nr. 6 wird eine neue Nr. 7 eingefügt, die wie folgt gefasst ist:

„7. Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses bis zum 15. Mai des Jahres t jährlich aktualisierte Vorlagen der Excel-Tabellen sowie jährlich aktualisierte Ausfüllanleitungen auf seiner Internetseite zum Abruf zur Verfügung zu stellen. Die Struktur der Excel-Tabellen ergibt sich aus der Anlage 3 zu diesem Beschluss (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ und REG_VB). Die jeweilige Dateiversion der Excel-Tabelle und der Ausfüllanleitungen werden durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses freigegeben.“

2. Änderung im Abschnitt V.

Nr. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„2. Die Datenlieferungen gemäß diesem Beschluss unterliegen den Vorgaben des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß Anlage 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung.“

3. Änderung im Abschnitt VIII.

Nach der Angabe „350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)“ werden ein Komma sowie die Wörter „zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016“ sowie daran anschließend ein weiteres Komma eingefügt.

4. Änderung in der Protokollnotiz

Im ersten Satz werden nach der Angabe „15. Dezember 2015“ die Wörter „bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen“ eingefügt.

5. Austausch der Anlage 1

Die Anlage 1 „Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP, AST_OW_ARZT), Stand: 01.04.2016“ wird gegen die Anlage 1 des vorliegenden Beschlusses „Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2016 (Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP, AST_OW_ARZT), Stand: 29. März 2017“ ausgetauscht.

6. Austausch der Anlage 2

Die Anlage 2 „Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 (Satzart SV_BE), Stand: 01.04.2016“ wird gegen die Anlage 2 des vorliegenden Beschlusses „Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Satzart SV_BE), Stand: 29. März 2017“ ausgetauscht.

7. Austausch der Anlage 3

Die Anlage 3 „Tabellenbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ, REG_VB), Stand: 01.04.2016“ wird gegen die Anlage 3 des vorliegenden Beschlusses „Tabellenstruktur zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ, REG_VB), Stand: 29. März 2017“ ausgetauscht.

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Anlagen:

- Anlage 1 Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2016 (Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP, AST_OW_ARZT), Stand: 29. März 2017
- Anlage 2 Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Satzart SV_BE), Stand: 29. März 2017
- Anlage 3 Tabellenstruktur zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ, REG_VB), Stand: 29. März 2017

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017

Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2016

(Stand: 29. März 2017)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	6
2	Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren	6
3	Dateibeschreibung	6
3.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	6
3.2	Format der Datenübertragung	7
4	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_PRX	8
5	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_GOP	10
6	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_ARZT	13

1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

Die Bedeutung der Spaltenbezeichnungen der nachfolgenden Datensatzbeschreibung ergibt sich aus folgender Tabelle.

Spalte	Bedeutung
Feld Nr.	fortlaufende Nummerierung der Felder innerhalb der Satzart, beginnend mit „00“
Feld	Name des Feldes
Feldart	M = Muss-Feld m = bedingtes Muss-Feld K = Kann-Feld
Anzahl Stellen	Feldlänge
Feldeigenschaft	Datentyp („numerisch“, „alphanum.“ oder „dezimal“)
Inhalt/Erläuterung	weitere Erläuterungen, Lieferhinweise etc. für das jeweilige Feld

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der Anlage 4 zu diesem Beschluss geregelt bzw. in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

2 Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren

Das Nähere zum Pseudonymisierungsverfahren ist der Anlage 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung zu entnehmen.

3 Dateibeschreibung

3.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung liefert die Daten je KV und je Satzart und je Berichtsperiode an das Institut des Bewertungsausschusses.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(AST_OW_PRX, AST_OW_GOP, AST_OW_ARZT),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Quartal fünfstellig numerisch
(20161, 20162, ...),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

3.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

4 Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_PRX

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis und Praxis_ID wird höchstens ein Datensatz geliefert.

Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	alphanum.	konstant „AST_OW_PRX“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Praxis_ID	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
04	Organisationsform	M	2	numerisch	Kennzeichen der Organisationsform der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 14
05	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 6
06	Versorgungsbereich	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereichs der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 9
07	Teilnahmestatus	M	1	numerisch	Kennzeichen des Teilnahmestatus der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 10
08	Anzahl der Behandlungsfälle	M	≤ 9	numerisch	Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis
09	Honorar	M	13,2	dezimal	Honorarumsatz je Arztpraxis in Euro

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	Anzahl der Behandlungsfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (Davon-Ausweis)	M	≤ 9	numerisch	Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis, in denen ausschließlich Leistungen aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (NVI) abgerechnet wurden, als Davon-Ausweis zu Feld 08

Erläuterungen zur Satzart AST_OW_PRX

a) Zu Datenfeld 02 (KV am Ort der Arztpraxis)

Es ist diejenige KV zu übermitteln, in deren Bereich die Arztpraxis im jeweiligen Abrechnungsquartal abgerechnet hat.

b) Zu Datenfeld 03 (Praxis_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis über den gesamten Zeitverlauf der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 und 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_PRX bzw. AST_OW_PRX zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

c) Zu Datenfeld 09 (Honorar)

Es ist der Honorarumsatz pro Arztpraxis aus der Behandlung von GKV-Versicherten vor Abzug von Verwaltungskosten und Patientenzuzahlungen zu liefern.

d) Zu Datenfeld 10 (Anzahl der Behandlungsfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (Davon-Ausweis))

Es ist die Anzahl derjenigen Behandlungsfälle – als Davon-Ausweis zur Anzahl der in Feld 08 übermittelten Behandlungsfälle – auszuweisen, in denen ausschließlich von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommene bereinigte Leistungen abgerechnet wurden.

5 Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_GOP

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis_ID, GOP, Einheit, MGV-EGV-Kennzeichen und LANR-Pseudonym wird höchstens ein Datensatz geliefert.

Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 mit 12 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	numerisch	konstant „AST_OW_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	alphanum.	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Praxis_ID	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR) gemäß Satzart AST_OW_PRX
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition
05	Einheit	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der Gebührenordnungsposition gemäß Schlüsselverzeichnis 3
06	MGV_EGV_KZ	M	1	numerisch	Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV, EGV oder NVI zuzuordnen ist 0 = ohne Zuordnung 1 = MGV 2 = EGV 3 = Nicht vertragskonform in Anspruch genommene Leistungen Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab
07	Anzahl	M	≤ 12	dezimal	Anzahl der Gebührenordnungsposition nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	LB_Punkte	M	14,1	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Punkten
09	LB_Euro	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
10	LB_EURO_GO	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
11	Honorar	M	13,2	alphanum.	Summe des rechnerischen Anteils des Honorarumsatzes der Arztpraxis in Euro
12	LANR-Pseudonym	M	40	numerisch	Pseudonym der ersten 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des Arztes/Therapeuten, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt

Erläuterungen zur Satzart AST_OW_GOP

a) Zu Datenfeld 02 (KV am Ort der Arztpraxis)

Es ist diejenige KV zu übermitteln, in deren Bereich die Arztpraxis im jeweiligen Abrechnungsquartal abgerechnet hat.

b) Zu Datenfeld 03 (Praxis_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis über den gesamten Zeitverlauf der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung

(schriftliche Beschlussfassung), 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 und 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_GOP bzw. AST_OW_GOP zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

c) Zu Datenfeld 04 (GOP)

Es ist die Gebührenordnungsposition gemäß EBM bzw. gemäß regionaler Sondervereinbarung zu liefern, soweit vorhanden inklusive Buchstabensuffix.

d) Zu Datenfeld 06 (MGV_EGV_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Arztpraxis der MGV, der EGV oder der NVI zuzuordnen ist. Dieses Kennzeichen eignet sich daher nicht zur Bestimmung der Leistungsbedarfsabgrenzung gemäß der MGV/EGV-Zuordnung in der gesamtvertragszuständigen KV.

e) Zu Datenfeld 08 (LB_Punkte)

Die Leistungsmengen der laut EBM in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen sind vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen zu übermitteln.

f) Zu Datenfeld 09 (LB_Euro)

Die Leistungsmengen der laut EBM in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen sind vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen zu übermitteln.

g) Zu Datenfeld 10 (LB_EURO_GO)

Der Leistungsbedarf der in Punkten bzw. Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen ist nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung in Euro zu bewerten.

h) Zu Datenfeld 11 (Honorar)

Es ist der rechnerische Honorarumsatzanteil aus der Behandlung von GKV-Versicherten vor Abzug von Verwaltungskosten und Patientenzuzahlungen zu liefern.

i) Zu Datenfeld 12 (LANR-Pseudonym)

Um Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und demselben Arzt/Therapeuten über den gesamten Zeitverlauf der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 und 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_GOP bzw. AST_OW_GOP zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

6 Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_ARZT

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis_ID und LANR-Pseudonym wird höchstens ein Datensatz geliefert.

Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „AST_OW_ARZT“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Praxis_ID	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR) gemäß Satzart AST_OW_PRX
04	LANR-Pseudonym	M	40	alphanum.	Pseudonym der ersten 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des Arztes, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
05	Teilnahmestatus	M	1	numerisch	Kennzeichen des Teilnahmestatus des Arztes/Therapeuten gemäß Schlüsselverzeichnis 10
06	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe des Arztes/Therapeuten gemäß Schlüsselverzeichnis 6
07	Teilnahmeumfang	M	1	alphanum.	Kennzeichen des Teilnahmeumfangs des Arztes/Therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Schlüsselverzeichnis 11
08	Anzahl der Arztfälle	M	≤ 9	numerisch	Anzahl der Arztfälle des Arztes/Therapeuten in der Betriebsstätte

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
09	Anzahl der Arzt-fälle aus nicht vertragskonfor-mer Inanspruch-nahme (Davon-Ausweis)	M	≤ 9	numerisch	Bezogen auf die jeweilige Be-triebsstätte ist – als Davon-Ausweis zu Feld 08 – die An-zahl derjenigen Arztfälle des Arztes/Therapeuten anzuge-ben, in denen ausschließlich Leistungen aus nicht vertrags-konformer Inanspruchnahme (NVI) abgerechnet wurden

Erläuterungen zur Satzart AST_OW_ARZT

a) Zu Datenfeld 02 (KV am Ort der Arztpraxis)

Es ist diejenige KV zu übermitteln, in deren Bereich die Arztpraxis im jeweiligen Abrech-nungsquartal abgerechnet hat.

b) Zu Datenfeld 03 (Praxis_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis über den gesamten Zeitverlauf der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der ge-mäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 352. Sit-zung (schriftliche Beschlussfassung), 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 und 373. Sit-zung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_ARZT bzw. AST_OW_ARZT zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

c) Zu Datenfeld 04 (LANR-Pseudonym)

Um Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und demselben Arzt/Therapeuten über den gesamten Zeitverlauf der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. De-zember 2012 sowie gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 und 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen ge-lieferten Satzart AST_EBM_ARZT bzw. AST_OW_ARZT zuzuweisen (Längsschnittei-genschaft).

d) Zu Datenfeld 09 (Anzahl der Arztfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (Davon-Ausweis))

Bezogen auf die jeweilige Betriebsstätte ist die Anzahl derjenigen Arztfälle des Arztes/Therapeuten – als Davon-Ausweis zur Anzahl der in Feld 08 übermittelten Arztfälle – auszuweisen, in denen ausschließlich von an Selektivverträgen teilnehmenden Versi-cherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommene bereinigte Leistungen abgerechnet wurden.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017

**Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung von
Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
aufgrund von Selektivverträgen zur Vorbereitung des Beschlusses
zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem
Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V**

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015

(Stand: 29. März 2017)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	16
2	Dateibeschreibung	16
2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	16
2.2	Format der Datenübertragung	16
3	Satzbeschreibung – Satzart SV_BE	18

1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

Die Bedeutung der Spaltenbezeichnungen der nachfolgenden Datensatzbeschreibung ergibt sich aus folgender Tabelle.

Spalte	Bedeutung
Feld Nr.	fortlaufende Nummerierung der Felder innerhalb der Satzart, beginnend mit „00“
Feld	Name des Feldes
Feldart	M = Muss-Feld m = bedingtes Muss-Feld K = Kann-Feld
Anzahl Stellen	Feldlänge
Feldeigenschaft	Datentyp („numerisch“, „alphanum.“ oder „dezimal“)
Inhalt/Erläuterung	weitere Erläuterungen, Lieferhinweise etc. für das jeweilige Feld

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der Anlage 4 zu diesem Beschluss geregelt bzw. in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

2 Dateibeschreibung

2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Der GKV-Spitzenverband liefert die Daten je Berichtsperiode an das Institut des Bewertungsausschusses.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_Berichtsjahr_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(SV_BE),
Berichtsjahr vierstellig numerisch
(2015, 2016, ...),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

2.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des

Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

3 Satzbeschreibung – Satzart SV_BE

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Bereinigungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV und Kassenart wird höchstens ein Datensatz geliefert.

Differenzbereinigungsbeträge, die einen Abzug von der MGV bedeuten, sind mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen.

Differenzbereinigungsbeträge, die einen Aufschlag auf die MGV bedeuten, sind mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „SV_BE“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Kassenart	M	2	alphanum.	Angabe der Kassenart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
04	SV_Differenzbereinigungsbetrag	M	≤ 11	numerisch	Angabe des SV-Differenzbereinigungsbetrages in vollen Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens
05	SV_Bereinigungsbetrag_deklaratorisch	M	≤ 11	numerisch	Angabe des deklaratorischen SV-Bereinigungsbetrages in vollen Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017

Tabellenstruktur zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015

(Stand: 29. März 2017)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den Tabellen	20
2	Verfahren der Datenübertragung	20
3	Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Struktur der Tabelle REG_MGV)	22
4	Regional vereinbarte Anpassungen der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Struktur der Tabelle REG_MGV_AUFSATZ)	25
5	Regional vereinbarte Punktwerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Struktur der Tabelle REG_PW)	26
6	Regional vereinbarte Punktwertzuschläge zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Struktur der Tabelle REG_PWZ)	27
7	Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (Struktur der Tabelle REG_VB)	29

1 Allgemeine Erläuterungen zu den Tabellen

In den Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ und REG_VB sind das Basisjahr t-2 und das Folgejahr t-1 folgendermaßen definiert:

- Basisjahr t-2: Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres
- Folgejahr t-1: das jeweils abgelaufene Kalenderjahr.

Zum Beispiel werden für die Berechnungen im Rahmen der Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes 2018 im Jahr 2017 (Jahr t) Daten für die Berichtsjahre 2015 (Basisjahr t-2) und 2016 (Folgejahr t-1) übermittelt.

In den Abschnitten 3 bis 7 ist die Struktur der Excel-Tabellen zur Übermittlung regional vereinbarter Vergütungsaspekte am Beispiel des Berichtszeitraums 2015 bis 2016 dargestellt.

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt jährlich bis zum 15. Mai des Jahres t aktualisierte Vorlagen der Excel-Tabellen und jährlich aktualisierte Ausfüllanleitungen zu diesen Tabellen auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html>) zum Abruf zur Verfügung. Die jährlich aktualisierten Vorlagen der Excel-Tabellen des Jahres t können sich inhaltlich und strukturell von der in den Abschnitten 3 bis 7 beispielhaft dargestellten Tabellenstruktur unterscheiden, sofern in den Jahren t-2 und/oder t-1 weitere Sachverhalte relevant sind.

2 Verfahren der Datenübertragung

Die Daten sind in Form von Excel-Tabellen in maschinell lesbarem 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.

Folgende Dateinamenskonvention 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
 (gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
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 bzw. KV-Nr. / 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.

3 Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Struktur der Tabelle REG_MGV)

Tabelle: REG_MGV	
<p>Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV. Die jeweils aktuelle Version der Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html) veröffentlicht. Finanzvolumina, die zu einer Erhöhung der MGV führen, sind mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen. Finanzvolumina, die zu einer Absenkung der MGV führen, sind mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen. Nicht in der Datenübermittlung separat auszuweisen sind regional vereinbarte Anpassungen der MGV aufgrund einer geänderten MGV-Abgrenzung. Diese sind implizit im jeweils zu berichtenden MGV-Aufsatzwert berücksichtigt.</p>	

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

Nr.	Sachverhalt	Wert	Beschreibung
9	Finanzvolumen aus nicht basiswirksamer Anhebung der MGV aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, soweit dieses im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-2 finanzwirksam geworden ist (Tsd. Euro)		Angabe des Jahres bzw. der Jahre, auf welches sich die Vereinbarung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bezieht
10	Finanzvolumen im Jahr t-2 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
11	MGV im Jahr t-2 (Tsd. Euro)		
12	Basiswirksame MGV im Jahr t-2, als Davon-Ausweis zu Nr. 11 (Tsd. Euro)		
13	MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 (Tsd. Euro)		
14	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus ASV-Differenzbereinigung der MGV, als Davon-Ausweis zu Nr. 13 (Tsd. Euro)		
15	Gewichtete Veränderungsrate im Jahr t-1 (Prozent)		
16	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV um gewichtete Veränderungsrate (Tsd. Euro)		
17	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en) (Tsd. Euro)		Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en) zum Finanzvolumen
18	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
19	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus Differenzbereinigung der MGV aufgrund der Einschreibung von Versicherten in Selektivverträge (Tsd. Euro)		
20	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus Veränderung der MGV aufgrund der Anpassung des regionalen Punktwertes (Tsd. Euro)		
21	Finanzvolumen aus nicht basiswirksamer Anhebung der MGV aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, soweit dieses im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-1 finanzwirksam geworden ist (Tsd. Euro)		Angabe des Jahres bzw. der Jahre, auf welches sich die Vereinbarung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bezieht

Nr.	Sachverhalt	Wert	Beschreibung
22	Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung (Tsd. Euro)		Verwendungszweck(e) des Finanzvolumens
23	MGV im Jahr t-1 (Tsd. Euro)		
24	Basiswirksame MGV im Jahr t-1, als Davon-Ausweis zu Nr. 23 (Tsd. Euro)		
25	Bemerkung		Sonstige Bemerkung zum Datensatz

4 Regional vereinbarte Anpassungen der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Struktur der Tabelle REG_MGV_AUFSATZ)

Tabelle: REG_MGV_AUFSATZ

Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.

Aufzuführen sind Sachverhalte aus basiswirksamen Anhebungen bzw. Absenkungen, die ausgehend vom insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für die jeweiligen Vorjahresquartale (Quartale des Jahres t-3 bzw. t-2) basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zu den in der Tabelle REG_MGV unter den Nrn. 1 und 13 berichteten MGV-Aufsatzwerten vor Anwendung der gewichteten Veränderungsrate für das Jahr t-2 bzw. t-1 geführt haben, mit Ausnahme von Ein- und Ausdeckelungen aufgrund einer ggf. geänderten Abgrenzung der MGV sowie von Veränderungen der Zahl der Versicherten im Vergleich zum Jahr t-3 bzw. t-2.

Die jeweils aktuelle Version der Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html>) veröffentlicht. Hierin sind diejenigen Sachverhalte aufgeführt, die für die Jahre t-2 und t-1 mindestens zu berichten sind.

Bei Sachverhalten, die zu einer Erhöhung der MGV führen, ist die prozentuale Veränderung des MGV-Aufsatzwertes mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen.

Bei Sachverhalten, die zu einer Absenkung der MGV führen, ist die prozentuale Veränderung des MGV-Aufsatzwertes mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen.

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Nr.	Sachverhalt	Finanzvolumen der Anhebung bzw. Absenkung, als prozentualer Anteil des MGV-Aufsatzwertes im Jahr t-2 (Prozent)	Finanzvolumen der Anhebung bzw. Absenkung, als prozentualer Anteil des MGV-Aufsatzwertes im Jahr t-1 (Prozent)	Bemerkung
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1				
2				
3				
...				

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

Tabelle: REG_PW			
Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.			
Anzugeben ist der mit Wirkung für das jeweilige Quartal vereinbarte regionale Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.			
Die jeweils aktuelle Version der Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html) veröffentlicht.			

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung			
Nr.	Sachverhalt	Wert	Beschreibung
1	Regionaler Punktwert in Q 1 im Jahr t-2 (Cent)		
2	Regionaler Punktwert in Q 2 im Jahr t-2 (Cent)		
3	Regionaler Punktwert in Q 3 im Jahr t-2 (Cent)		
4	Regionaler Punktwert in Q 4 im Jahr t-2 (Cent)		
5	Regionaler Punktwert in Q 1 im Jahr t-1 (Cent)		
6	Regionaler Punktwert in Q 2 im Jahr t-1 (Cent)		
7	Regionaler Punktwert in Q 3 im Jahr t-1 (Cent)		
8	Regionaler Punktwert in Q 4 im Jahr t-1 (Cent)		
9	Bemerkung		Sonstige Bemerkung zum Datensatz

6 Regional vereinbarte Punktwertzuschläge zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Struktur der Tabelle REG_PWZ)

Tabelle: REG_PWZ	
<p>Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.</p> <p>Anzugeben ist das auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert entfallende Finanzvolumen bzw. die hierdurch insgesamt geförderte Leistungsmenge (als Punktzahlvolumen), differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Die jeweils aktuelle Version der Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html) veröffentlicht.</p> <p>Finanzvolumina, die zu einer Erhöhung der Gesamtvergütung führen, sind mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen.</p> <p>Finanzvolumina, die zu einer Absenkung der Gesamtvergütung führen, sind mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen.</p>	

Angabe der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung					
Nr.	Sachverhalt	Finanzvolumen gesamt im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Finanzvolumen EGV im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungsmenge gesamt im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungsmenge EGV im Jahr t-2 (Tsd. Euro)
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
1	Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V (insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur)				
2	Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V (besonders förderungswürdige Leistungen und Arztgruppen)				
3	Zuschläge, die direkt zur Veränderung der Preiskomponente führen, als Davon-Ausweis zu Nr. 2				

Nr.	Sachverhalt	Finanzvolumen gesamt im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Finanzvolumen EGV im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungsmenge gesamt im Jahr t-2 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungsmenge EGV im Jahr t-2 (Tsd. Euro)
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4	Zuschläge, die zur Veränderung der Mengenkomponente führen, als Davon-Ausweis zu Nr. 2				

Noch Tabelle REG_PWZ:

Nr.	Finanzvolumen gesamt im Jahr t-1 (Tsd. Euro)	Finanzvolumen EGV im Jahr t-1 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungs- menge gesamt im Jahr t-1 (Tsd. Euro)	Geförderte Leistungs- menge EGV im Jahr t-1 (Tsd. Euro)	Bemerkung
[0]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
1					
2					
3					
4					

7 Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (Struktur der Tabelle REG_VB)

Tabelle: REG_VB

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.

In die Datenübermittlung sind regionale Vereinbarungen zu Vergütungsaspekten der vertragsärztlichen Versorgung **einzubeziehen**, welche

- in den gemäß Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ und REG_PWZ übermittelten Finanzvolumina nicht bereits berücksichtigt sind und
- zwischen kassenseitigen Gesamtvertragspartnern und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. zwischen einzelnen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen worden sind und
- im Jahr t-2 und/oder im Jahr t-1 rechtsgültig waren und
- für die von den Krankenkassen zu entrichtenden vertragsärztlichen Vergütungen finanzwirksam sind und
- von Bundesvorgaben bzw. Bundesempfehlungen abweichen.

Die jeweils aktuelle Version der Tabelle wird vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html>) veröffentlicht. Hierin können weitere Sachverhalte aufgeführt sein, die für die Jahre t-2 und t-1 zu berichten sind.

Nicht in die Datenübermittlung einzubeziehen sind bundesweit vereinbarte Leistungen außerhalb des EBM (z. B. Onkologievereinbarung, Sozialpsychiatrievereinbarung).

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die Krankenkassen 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 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung zum 29. März 2017

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses gefasst. Zweck dieser unbefristeten anlassbezogenen Datenlieferungen sind die vom Institut des Bewertungsausschusses durchzuführenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V ab dem Jahr 2017.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geändert.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Die im vorliegenden Änderungsbeschluss vorgenommenen Anpassungen betreffen insbesondere die in Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geregelte anlassbezogene Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten. Darüber hinaus werden durch den vorliegenden Änderungsbeschluss Verweise auf referenzierte Beschlüsse aktualisiert und weitere Detailänderungen vorgenommen.

2.1 Anpassung der Vorgaben zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten

In Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird die unbefristete Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und an das Institut des Bewertungsausschusses geregelt. Die Datenlieferung erfolgt in Form von Excel-Tabellen.

Seit der Beschlussfassung in seiner 373. Sitzung sind durch den Bewertungsausschuss sowohl die Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V als solche angepasst worden als auch weitere Beschlüsse gefasst worden, die in Verbindung mit den Vorgaben zur Bestimmung der Aufsatzwerte stehen. Ein Beispiel hierfür ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 (Teil A) i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 388. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Vorgaben zur Anhebung der Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 5 Satz 10 SGB V i. d. F. des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F. mit Wirkung für die Quartale 1/2016 bis 4/2016. Die derzeit außerhalb des geltenden Aufsatzwertebeschlusses bereits existierenden Vorgaben zur Aufsatzwertbestimmung entfalten Wirkung bis mindestens in das Jahr 2019 hinein. Die Veränderungen der Vorgaben zur Aufsatzwertbestimmung erfordern Anpassungen an der Beschreibung der anlassbezogenen Datenlieferungen zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2015 bis 2016.

Nach einvernehmlicher Einschätzung wird die Beschreibung der zu liefernden Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten nicht nur für den Berichtszeitraum 2015 bis 2016, sondern künftig regelmäßig anzupassen sein. Aus Gründen der besseren Handhabbarkeit wird daher durch den vorliegenden Beschluss nur noch die grundsätzliche Struktur der Excel-Tabellen zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten vorgegeben. Die Anlage 3 des Beschlusses wird entsprechend angepasst. Um Klarheit über die jährlich konkret zu übermittelnden In-

formationen herzustellen, beauftragt der Bewertungsausschuss durch den vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses, jährlich bis zum 15. Mai des jeweiligen Lieferjahres aktualisierte Vorlagen der Excel-Tabellen sowie aktualisierte Ausfüllanleitungen, die zuvor mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses abzustimmen sind, auf seiner Internetseite zum Abruf zur Verfügung zu stellen.

2.2 Aktualisierung von Verweisen auf referenzierte Beschlüsse und weitere Detailänderungen

Durch den vorliegenden Änderungsbeschluss werden die Verweise auf referenzierte Beschlüsse aktualisiert. Dies betrifft unter anderem den Verweis auf das zuletzt mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 zu anlassbezogenen Datenlieferungen zur Überprüfung der ASV-Bereinigungsvorgaben (Teil C) angepasste Pseudonymisierungsverfahren.

Weitere Detailänderungen der Datensatzbeschreibung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung sowie der Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen betreffen unter anderem den zu verwendenden Zeichensatz ISO 8859-15.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 29. März 2017 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die Krankenkassen 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 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung zum 29. März 2017

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses gefasst. Zweck dieser unbefristeten anlassbezogenen Datenlieferungen sind die vom Institut des Bewertungsausschusses durchzuführenden Arbeiten im Zusammenhang mit der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V ab dem Jahr 2017.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geändert.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Die im vorliegenden Änderungsbeschluss vorgenommenen Anpassungen betreffen insbesondere die in Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geregelte anlassbezogene Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten. Darüber hinaus werden durch den vorliegenden Änderungsbeschluss Verweise auf referenzierte Beschlüsse aktualisiert und weitere Detailänderungen vorgenommen.

2.1 Anpassung der Vorgaben zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten

In Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird die unbefristete Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und an das Institut des Bewertungsausschusses geregelt. Die Datenlieferung erfolgt in Form von Excel-Tabellen.

Seit der Beschlussfassung in seiner 373. Sitzung sind durch den Bewertungsausschuss sowohl die Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V als solche angepasst worden als auch weitere Beschlüsse gefasst worden, die in Verbindung mit den Vorgaben zur Bestimmung der Aufsatzwerte stehen. Ein Beispiel hierfür ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 (Teil A) i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 388. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Vorgaben zur Anhebung der Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 5 Satz 10 SGB V i. d. F. des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F. mit Wirkung für die Quartale 1/2016 bis 4/2016. Die derzeit außerhalb des geltenden Aufsatzwertebeschlusses bereits existierenden Vorgaben zur Aufsatzwertbestimmung entfalten Wirkung bis mindestens in das Jahr 2019 hinein. Die Veränderungen der Vorgaben zur Aufsatzwertbestimmung erfordern Anpassungen an der Beschreibung der anlassbezogenen Datenlieferungen zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2015 bis 2016.

Nach einvernehmlicher Einschätzung wird die Beschreibung der zu liefernden Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten nicht nur für den Berichtszeitraum 2015 bis 2016, sondern künftig regelmäßig anzupassen sein. Aus Gründen der besseren Handhabbarkeit wird daher durch den vorliegenden Beschluss nur noch die grundsätzliche Struktur der Excel-Tabellen zur anlassbezogenen Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten vorgegeben. Die Anlage 3 des Beschlusses wird entsprechend angepasst. Um Klarheit über die jährlich konkret zu übermittelnden In-

formationen herzustellen, beauftragt der Bewertungsausschuss durch den vorliegenden Beschluss das Institut des Bewertungsausschusses, jährlich bis zum 15. Mai des jeweiligen Lieferjahres aktualisierte Vorlagen der Excel-Tabellen sowie aktualisierte Ausfüllanleitungen, die zuvor mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses abzustimmen sind, auf seiner Internetseite zum Abruf zur Verfügung zu stellen.

2.2 Aktualisierung von Verweisen auf referenzierte Beschlüsse und weitere Detailänderungen

Durch den vorliegenden Änderungsbeschluss werden die Verweise auf referenzierte Beschlüsse aktualisiert. Dies betrifft unter anderem den Verweis auf das zuletzt mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 zu anlassbezogenen Datenlieferungen zur Überprüfung der ASV-Bereinigungsvorgaben (Teil C) angepasste Pseudonymisierungsverfahren.

Weitere Detailänderungen der Datensatzbeschreibung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung sowie der Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen betreffen unter anderem den zu verwendenden Zeichensatz ISO 8859-15.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 29. März 2017 in Kraft.