

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3 f 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. 2 e und Abs. 2 g SGB V

mit Wirkung zum 1. April 2016

Präambel

Gemäß § 87 Abs. 2 e und Abs. 2 g 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. 2 g SGB V entwickelt. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 44. Sitzung am 22. September 2015 beschlossen, dass dieses Verfahren weiterentwickelt werden soll. Dies schließt eine Verfahrensüberprüfung zu vorgegebenen Aspekten sowie ggf. eine Verfahrensanpassung ein. In diesem Zusammenhang ist unter anderem auch zu prüfen, wie die Entwicklung der Leistungsmengen und der Vergütung im zugrundeliegenden Basisjahr und die Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei den Praxiskosten konsistent in ein Gesamtmodell eingebunden werden können.

Als Grundlage für die Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 sowie zur Ermittlung der Veränderung der tatsächlichen Vergütung je EBM-Punkt zwischen zwei aufeinander folgenden Jahren beschließt der Bewertungsausschuss Näheres zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die gesetzlichen 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.

Beginnend für die Berechnungen im Rahmen der Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes 2017 werden im Jahr 2016 (Jahr t) Daten für die Berichtsjahre 2014 (Jahr t-2) und 2015 (Jahr t-1) übermittelt.

I. Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt jährlich im Jahr t für die vier Berichts quartale des Jahres t-1 die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung in den Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP und AST_OW_ARZT auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand für das erste bis dritte Quartal des Jahres t-1 jeweils bis zum 1. Juni des Jahres t und für das vierte Quartal des Jahres t-1 jeweils bis zum 15. Juli des Jahres t an das Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2015 bis 3/2015 bis zum 1. Juni 2016 bzw. mit dem Berichtsquartal 4/2015 bis zum 15. Juli 2016.
2. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 1 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

II. Anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt jährlich im Jahr t für die vier Berichts quartale des Jahres t-2 korrigierte Daten des Formblattes 3 gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte jeweils bis zum 1. Juni des Jahres t an das Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2014 bis 4/2014 bis zum 1. Juni 2016, sofern diese Daten gegenüber dem Stand aus der entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1 gemäß Abschnitt II. Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt II. Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen einen aktuelleren Stand aufweisen.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt jährlich im Jahr t für die vier Berichts quartale des Jahres t-1 die Daten des Formblattes 3 gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand für das erste bis dritte Quartal des Jahres t-1 jeweils bis zum 1. Juni des Jahres t und für

das vierte Quartal des Jahres t-1 jeweils bis zum 15. Juli des Jahres t an das Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2015 bis 3/2015 bis zum 1. Juni 2016 bzw. mit dem Berichtsquartal 4/2015 bis zum 15. Juli 2016.

3. Gemeinsam mit den Datenlieferungen nach Nr. 2 übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die für das jeweilige Berichtsquartal des Jahres t-1 geltende Struktur des XML-Formats sowie die jeweils geltende Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung.

III. Anlassbezogene Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

1. Die Krankenkassen erheben jährlich im Jahr t für die vier Berichtsquartale des Jahres t-2 sowie für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 die Höhe der im jeweiligen Berichtsquartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeiträge und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsbeiträge in Euro aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach § 63 SGB V, § 73 b SGB V, § 73 c SGB V a. F. sowie § 140 a SGB V abgeschlossene Selektivverträge.
2. Die Krankenkassen übermitteln die nach Nr. 1 für das Jahr t-2 und für das Jahr t-1 erhobenen Daten jährlich jeweils bis zum 8. Juli des Jahres t, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2015 bis zum 8. Juli 2016. Die Daten für das Jahr t-2 sind nur zu übermitteln, sofern diese Daten gegenüber dem Stand aus der entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1 gemäß Abschnitt III. Nr. 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt III. Nr. 2 Satz 1 des vorliegenden Beschlusses bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen einen aktuelleren Stand aufweisen.
3. Der GKV-Spitzenverband führt die nach Nr. 2 an ihn übermittelten Daten, ggf. unter Berücksichtigung der entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1 gemäß Abschnitt III. Nr. 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt III. Nr. 2 Satz 1 des vorliegenden Beschlusses bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen zusammen und leitet diese in der Satzart SV_BE innerhalb von sieben Kalendertagen an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2015 bis zum 15. Juli 2016.
4. Die Datenerhebungen und -übermittlungen nach diesem Abschnitt erfolgen differenziert nach Berichtsquartalen, gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenarten sowie differenziert danach, ob es sich um eine tatsächliche Differenzbereinigung oder um eine deklaratorische Bereinigung handelt. Die Datenwei-

terleitung an das Institut des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 3 erfolgt gemäß der in Anlage 2 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

IV. Anlassbezogene Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

1. Die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erheben jährlich im Jahr t für das Jahr t-2 sowie für das Jahr t-1 Daten zu regional vereinbarten Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, zu regional vereinbarten Anpassungen der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, zu regional vereinbarten Punktwerten zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, zu regional vereinbarten Punktwertzuschlägen zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sowie zu weiteren regionalen Vergütungsaspekten der vertragsärztlichen Versorgung.
2. Die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die nach Nr. 1 erhobenen Daten jährlich jeweils bis zum 8. Juni des Jahres t 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), beginnend mit den Berichtsjahren 2014 und 2015 bis zum 8. Juni 2016. Die Datenlieferung für das Jahr t-2 erfolgt im Sinne einer verpflichtenden Korrekturlieferung zur entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1 gemäß Abschnitt I. Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt IV. Nr. 2 Satz 1 des vorliegenden Beschlusses bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.
3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die nach Nr. 2 an sie übermittelten Daten zusammen und leitet diese innerhalb von sieben Kalendertagen an das Institut des Bewertungsausschusses und an den GKV-Spitzenverband weiter, beginnend mit den Berichtsjahren 2014 und 2015 bis zum 15. Juni 2016.
4. Die kassenseitigen Partner der Gesamtverträge (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bzw. deren gemeinsame Bevollmächtigte mit Abschlussbefugnis) prüfen die nach Nr. 2 an sie übermittelten Daten, stimmen den ggf. erforderlichen Korrekturbedarf ab und übermitteln bei Bedarf abgestimmte Korrekturlieferungen der Daten nach Nr. 2 bzw. bei nicht bestehendem Korrekturbedarf entsprechende Leermeldungen bis zum 1. Juli des Jahres t gemeinsam und einheitlich an den GKV-Spitzenverband sowie an die jeweilige gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung, beginnend mit den Berichtsjahren 2014 und 2015 bis zum 1. Juli 2016.
5. Der GKV-Spitzenverband führt die nach Nr. 4 an ihn übermittelten Daten zusammen und leitet diese innerhalb von sieben Kalendertagen an das Institut des Bewertungsausschusses und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiter, beginnend mit den Berichtsjahren 2014 und 2015 bis zum 8. Juli 2016.

6. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen differenziert nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Excel-Tabellen in elektronisch verarbeitbarem xls- bzw. xlsx-Format gemäß der Anlage 3 zu diesem Beschluss (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ und REG_VB).

V. Pseudonymisierung

1. Die Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten nach diesem Beschluss erfolgt in der Weise, dass eine arzt- und praxisbezogene Zusammenführbarkeit zwischen anlassbezogener Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß Abschnitt I. sowie anlassbezogener Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012, in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gewährleistet ist.
2. Die Umsetzung dieses Beschlusses erfolgt auf der Grundlage des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß Anlage 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung.

VI. Zweckbindung

1. Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können die Daten nach den Abschnitten I. bis IV. durch das Institut des Bewertungsausschusses auch zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87 a und 116 b Abs. 6 SGB V verwendet werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 stehen.
2. Das Institut des Bewertungsausschusses wird durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einvernehmlich beauftragt, die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen übermittelte Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_EBM-Daten) im Rahmen der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes als korrigierte Datengrundlage für das Jahr t-2 zu nutzen.

VII. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach den Abschnitten I. bis IV. beim Institut des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es

der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VIII. Schlüsselverzeichnisse

Die Schlüsselverzeichnisse zu Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind in der Anlage 4 zu diesem Beschluss geregelt bzw. werden in der jeweils gültigen Version gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselfverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Protokollnotiz

In Abschnitt VI. Nr. 2 wird die Nutzung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_EBM-Daten) gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 auch im Rahmen der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahren zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes geregelt. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung sieht eine befristete Datenlieferung der AST_EBM-Daten für die Berichtsjahre 2014 bis 2020 vor. Sollte der Bewertungsausschuss keinen Folgebeschluss zur Lieferung der AST_EBM-Daten für Berichtsjahre ab 2021 treffen, wird der Bewertungsausschuss entsprechende Datenlieferungen der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_OW-Daten) zur Korrektur der Datengrundlage für das Jahr t-2 für Zwecke der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahren zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes beschließen.

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. 2 e und Abs. 2 g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP, AST_OW_ARZT)
- 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. 2 e und Abs. 2 g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 (Satzart SV_BE)
- 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. 2 e und Abs. 2 g SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 (Tabellen REG_MGV, REG_MGV_AUFSATZ, REG_PW, REG_PWZ, REG_VB)
- Anlage 4 Schlüsselverzeichnisse zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3 f Satz 1 und 2 SGB V zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2 e und Abs. 2 g SGB V

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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. 2 e und Abs. 2 g SGB V

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015

(Stand: 01.04.2016)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	9
2	Dateibeschreibung	9
2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	9
2.2	Format der Datenübertragung	9
3	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_PRX	10
4	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_GOP.....	12
5	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_ARZT	15

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

2 Dateibeschreibung

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.

2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Dabei sind das Quartal im Format JJJJQ und das Erstellungsdatum im Format JJJJMMTT anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

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

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 8859-1 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 Tausenderpunkt 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 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	Feld-eigenschaft	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) und 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 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.

4 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, 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) und 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 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 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) und 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_GOP bzw. AST_OW_GOP zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

5 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 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	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	Anzahl der Arztfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (Davon-Ausweis)	M	≤ 9	numerisch	Bezogen auf die jeweilige Betriebsstätte ist – als Davon-Ausweis zu Feld 08 – die Anzahl derjenigen Arztfälle des Arztes/Therapeuten anzugeben, in denen ausschließlich Leistungen aus nicht vertragskonformer 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 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) und 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 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 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) und 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen gelieferten Satzart AST_EBM_ARZT bzw. AST_OW_ARZT zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

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 Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommene bereinigte Leistungen abgerechnet wurden.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

**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. 2 e und Abs. 2 g SGB V**

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

(Stand: 01.04.2016)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	18
2	Dateibeschreibung	18
2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	18
2.2	Format der Datenübertragung	18
3	Satzbeschreibung – Satzart SV_BE	19

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

2 Dateibeschreibung

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/schluesselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_Berichtsjahr_Erstellungsdatum.Endung

Dabei sind das Berichtsjahr im Format JJJJ und das Erstellungsdatum im Format JJJJMMTT anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

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

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 8859-1 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 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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. 2 e und Abs. 2 g SGB V

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

(Stand: 01.04.2016)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den Tabellen	21
2	Verfahren der Datenübertragung.....	21
3	Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Tabelle REG_MGV)	23
4	Regional vereinbarte Anpassungen der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Tabelle REG_MGV_AUFSATZ)	31
5	Regional vereinbarte Punktwerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Tabelle REG_PW).....	33
6	Regional vereinbarte Punktwertzuschläge zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Tabelle REG_PWZ)	34
7	Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (Tabelle REG_VB)	38

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.

Beginnend für die Berechnungen im Rahmen der Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes 2017 werden im Jahr 2016 (Jahr t) Daten für die Berichtsjahre 2014 (Basisjahr t-2) und 2015 (Folgejahr t-1) übermittelt.

2 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 jährlich aktualisierte Vorlagen der Excel-Tabellen auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/service/regionaleverguetung.html>) zum Abruf zur Verfügung.

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 Datenträgerbeleginformation 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.

3 Regional vereinbarte Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Tabelle REG_MGV)

Tabelle: REG_MGV	
<p>Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV. 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.</p> <p>Nicht in der Datenübermittlung separat auszuweisen sind regional vereinbarte Anpassungen der MGV aufgrund einer geänderten MGV-Abgrenzung sowie aufgrund der Änderung der Zahl der Versicherten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. 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)		Bundesvorgabe(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

Erläuterungen zur Tabelle „REG_MGV“:

a) Zu Nr. 1 (MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2)

Spalte „Wert“: Summe der mit Wirkung für die vier Berichts quartale des Jahres t-2 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs unmittelbar vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 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, bzw. gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, zuletzt geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

Der zu berichtende MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 berücksichtigt bereits

- sowohl eine ggf. geänderte Abgrenzung der MGV im Vergleich zum Jahr t-3
- als auch die Differenzbereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung im Vergleich zum Jahr t-3
- als auch Veränderungen der Zahl der Versicherten im Vergleich zum Jahr t-3
- als auch ggf. weitere Sachverhalte aus basiswirksamen Anhebungen bzw. Absenkungen, die ausgehend vom insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für die Quartale des Jahres t-3 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zu dem in Nr. 1 berichteten MGV-Aufsatzwert vor Anwendung der gewichteten Veränderungsrate für das Jahr t-2 geführt haben (siehe hierzu auch Tabelle REG_MGV_AUFSATZ).

Die so angepassten Aufsatzwerte sind mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals des Jahres t-3 zu multiplizieren. Angabe in Tsd. Euro.

b) Zu Nr. 2 (Finanzvolumen aus ASV-Differenzbereinigung im Jahr t-2 (Davon-Ausweis))

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 ermittelte ASV-Differenzbereinigungsmenge gemäß Teil A Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, zuletzt geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen, bewertet zum regionalen Punktwert im Jahr t-3, als Davon-Ausweis zu Nr. 1. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Das Finanzvolumen aus ASV-Differenzbereinigung im Jahr t-2 ist erstmals für das Berichtsjahr 2015 im Jahr 2017 zu übermitteln.

- c) Zu Nr. 3 (Gewichtete Veränderungsrate im Jahr t-2)
Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbarte gewichtete Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V. Angabe in Prozent, 4 Nachkommastellen.
- d) Zu Nr. 4 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV um gewichtete Veränderungsrate)
Spalte „Wert“: Finanzvolumen, welches auf die vereinbarte basiswirksame Anhebung bzw. Absenkung der MGV um die gewichtete Veränderungsrate gemäß Nr. 3 entfällt, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-3 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zum MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.
- e) Zu Nr. 5 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en))
Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nr. 4 hinausgehendes Finanzvolumen zur basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en), umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-3 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um das Finanzvolumen gemäß Nr. 4 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). 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. 5 bezieht.
- f) Zu Nr. 6 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)
Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 4 und 5 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 Jahr t-3 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 4 und 5 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). 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. 6.
- g) Zu Nr. 7 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus Differenzbereinigung der MGV aufgrund der Einschreibung von Versicherten in Selektivverträge)
Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbarte Summe der von der MGV abzusetzenden bzw. der MGV hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeträge aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V abgeschlossene Selektivverträge, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-3 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 4, 5 und 6 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- h) Zu Nr. 8 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus Veränderung der MGV aufgrund der Anpassung des regionalen Punktwertes)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 4, 5, 6 und 7 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. 4, 5, 6 und 7 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- i) Zu Nr. 9 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus nicht basiswirksamer Anhebung der MGV aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs)

Spalte „Wert“: Im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-2 finanzwirksam gewordener, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 4, 5, 6, 7 und 8 hinausgehender, nicht basiswirksamer Aufschlag auf den vereinbarten Behandlungsbedarf aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V, bewertet zum jeweils maßgeblichen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V (inkrementeller Anhebungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 4, 5, 6, 7 und 8 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Falls für mehrere Jahre vereinbarte Aufschläge auf den vereinbarten Behandlungsbedarf im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-2 finanzwirksam geworden sind, sind diese als Summe zu übermitteln.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Angabe des Jahres bzw. der Jahre, für welche der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aus Nr. 9 vereinbart wurde.

- j) Zu Nr. 10 (Finanzvolumen im Jahr t-2 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 4, 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 des Jahres t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 4, 5, 6, 7, 8 und 9 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-2 gemäß Nr. 1). 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 im Jahr t-2)

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die vier Berichtsquartale des Jahres t-2 vereinbarten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals multiplizierten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V. Angabe in Tsd. Euro.

- l) Zu Nr. 12 (Basiswirksame MGV im Jahr t-2 (Davon-Ausweis))

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die vier Berichtsquartale des Jahres t-2 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. 11. Angabe in Tsd. Euro.

m) Zu Nr. 13 (MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1)

Spalte „Wert“: Summe der mit Wirkung für die vier Berichts quartale des Jahres t-1 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs unmittelbar vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, zuletzt geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

Hinweis: Der zu berichtende MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 berücksichtigt bereits

- sowohl eine ggf. geänderte Abgrenzung der MGV im Vergleich zum Jahr t-2
- als auch die Differenzbereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung im Vergleich zum Jahr t-2
- als auch Veränderungen der Zahl der Versicherten im Vergleich zum Jahr t-2
- als auch ggf. weitere Sachverhalte aus basiswirksamen Anhebungen bzw. Absenkungen, die ausgehend vom insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für die Quartale des Jahres t-2 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zu dem in Nr. 13 berichteten MGV-Aufsatzwert vor Anwendung der gewichteten Veränderungsrate für das Jahr t-1 geführt haben (siehe hierzu auch Tabelle REG_MGV_AUFSATZ).

Die so angepassten Aufsatzwerte sind mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals des Jahres t-2 zu multiplizieren. Angabe in Tsd. Euro.

n) Zu Nr. 14 (Finanzvolumen aus ASV-Differenzbereinigung im Jahr t-1 (Davon-Ausweis))

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 ermittelte ASV-Differenzbereinigungsmenge gemäß Teil A Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, zuletzt geändert durch Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen, bewertet zum regionalen Punktwert im Jahr t-2, als Davon-Ausweis zu Nr. 13. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

Hinweis: Das Finanzvolumen aus ASV-Differenzbereinigung im Jahr t-1 ist erstmals für das Berichtsjahr 2016 im Jahr 2017 zu übermitteln.

o) Zu Nr. 15 (Gewichtete Veränderungsrate im Jahr t-1)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbarte gewichtete Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V. Angabe in Prozent, 4 Nachkommastellen.

p) Zu Nr. 16 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV um gewichtete Veränderungsrate)

Spalte „Wert“: Finanzvolumen im Jahr t-1, welches auf die vereinbarte basiswirksame Anhebung bzw. Absenkung der MGV um die gewichtete Veränderungsrate gemäß Nr. 15 entfällt, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zum MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

q) Zu Nr. 17 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en))

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nr. 16 hinausgehendes Finanzvolumen zur basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß Bundesvorgabe(n) bzw. Bundesempfehlung(en), umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um das Finanzvolumen gemäß Nr. 16 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr.

13). 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. 17 bezieht.

- r) Zu Nr. 18 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 16 und 17 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 Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 16 und 17 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). 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. 18.

- s) Zu Nr. 19 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus Differenzbereinigung der MGV aufgrund der Einschreibung von Versicherten in Selektivverträge)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbarte Summe der von der MGV abzusetzenden bzw. der MGV hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeträge aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V abgeschlossene Selektivverträge, umgerechnet auf das Niveau des regionalen Punktwertes im Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 16, 17 und 18 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- t) Zu Nr. 20 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus Veränderung der MGV aufgrund der Anpassung des regionalen Punktwertes)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 16, 17, 18 und 19 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. 16, 17, 18 und 19 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

- u) Zu Nr. 21 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus nicht basiswirksamer Anhebung der MGV aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs)

Spalte „Wert“: Im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-1 finanzwirksam gewordener, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 16, 17, 18, 19 und 20 hinausgehender, nicht basiswirksamer Aufschlag auf den vereinbarten Behandlungsbedarf aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V, bewertet zum jeweils maßgeblichen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V (inkrementeller Anhebungsbetrag im Ver-

gleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 16, 17, 18, 19 und 20 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Falls für mehrere Jahre vereinbarte Aufschläge auf den vereinbarten Behandlungsbedarf im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-1 finanzwirksam geworden sind, sind diese als Summe zu übermitteln.

Spalte „Beschreibung“: Für den Fall, dass der in Spalte „Wert“ übermittelte Wert von 0 abweicht: Angabe des Jahres bzw. der Jahre, für welche der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes aus Nr. 21 vereinbart wurde.

- v) Zu Nr. 22 (Finanzvolumen im Jahr t-1 aus sonstiger nicht basiswirksamer Anhebung bzw. Absenkung der MGV gemäß regionaler Vereinbarung)

Spalte „Wert“: Mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbartes, über die Anhebung bzw. Absenkung gemäß Nrn. 16, 17, 18, 19, 20 und 21 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 des Jahres t-1 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zu dem um die Finanzvolumina gemäß Nrn. 16, 17, 18, 19, 20 und 21 gesteigerten bzw. abgesenkten MGV-Aufsatzwert im Jahr t-1 gemäß Nr. 13). 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. 22.

- w) Zu Nr. 23 (MGV im Jahr t-1)

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 vereinbarten, mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals multiplizierten, bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V. Angabe in Tsd. Euro.

- x) Zu Nr. 24 (Basiswirksame MGV im Jahr t-1 (Davon-Ausweis))

Spalte „Wert“: Summe des mit Wirkung für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 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. 23. Angabe in Tsd. Euro.

4 Regional vereinbarte Anpassungen der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (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.

In der vom Institut des Bewertungsausschusses auf seiner Internetseite zur Verfügung gestellten, jährlich aktualisierten Vorlage der Excel-Tabellen des Jahres t 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				
...				

Erläuterungen zur Tabelle „REG_MGV_AUFSATZ“:

a) Zu Spalte [1] (Sachverhalt)

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 basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zu den unter den Nrn. 1 und 13 der Tabelle REG_MGV berichteten MGV-Aufsatzwerten geführt haben, mit Ausnahme von Ein- und Ausdeckelungen sowie Versichertenzahländerungen.

b) Zu Spalte [2] (Finanzvolumen der Anhebung bzw. Absenkung, als prozentualer Anteil des MGV-Aufsatzwertes im Jahr t-2)

Anzugeben ist für den jeweiligen Sachverhalt das mit Wirkung für das Jahr t-2 vereinbarte Finanzvolumen der basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs als prozentualer Anteil des unter Nr. 1 der Tabelle REG_MGV berichteten Aufsatzwertes. Angabe in Prozent unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

c) Zu Spalte [3] (Finanzvolumen der Anhebung bzw. Absenkung, als prozentualer Anteil des Aufsatzwertes im Jahr t-1)

Anzugeben ist für den jeweiligen Sachverhalt das mit Wirkung für das Jahr t-1 vereinbarte Finanzvolumen der basiswirksamen Anhebung bzw. Absenkung der Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs als prozentualer Anteil des unter Nr. 13 der Tabelle REG_MGV berichteten Aufsatzwertes. Angabe in Prozent unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.

5 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 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

Erläuterungen zur Tabelle „REG_PW“:

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.

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

Tabelle: REG_PWZ

Abgrenzung: Die Datenübermittlung erfolgt pro gesamtvertragszuständiger KV.

Finanzvolumina, die zu einer Erhöhung der Gesamtvergütung führen, sind mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen.

Finanzvolumina, die zu einer Absenkung der Gesamtvergütung führen, sind mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen.

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				
4	Zuschläge, die zur Veränderung der Mengenkomponekte 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					

Erläuterungen zur Tabelle „REG_PWZ“:

a) Zu Spalte [1] (Sachverhalt)

Vorgegeben sind die zu unterscheidenden Sachverhalte in den Nrn. 1 bis 4.

Die unter den Nrn. 2 bis 4 zu berichtenden Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V (besonders förderungswürdige Leistungen und Arztgruppen) umfassen auch

- befristet für den Zeitraum bis zum 31. März 2016 vereinbarte Zuschläge auf den Orientierungswert zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-VSG sowie
- mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 vereinbarte Zuschläge auf den Orientierungswert zur Förderung vertragsärztlicher Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden, gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V i. d. F. des E-Health-Gesetzes.

Der Sachverhalt Nr. 3 bezieht sich auf eine Förderung durch reine Punktwertzuschläge, die als Davon-Ausweis zu Nr. 2 berichtet wird.

Der Sachverhalt Nr. 4 bezieht sich auf eine Förderung durch zusätzlich vereinbarte Pauschalen (z. B. Pseudoziffern), die als Davon-Ausweis zu Nr. 2 berichtet wird.

b) Zu Spalte [2] (Finanzvolumen gesamt im Jahr t-2)

Anzugeben ist das auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert entfallende gesamte Finanzvolumen im Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert), differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. 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.

c) Zu Spalte [3] (Finanzvolumen EGV im Jahr t-2)

Anzugeben ist als Davon-Ausweis zu Spalte [2] das auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert innerhalb der extrabudgetären Vergütung entfallende Finanzvolumen im Jahr t-2 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert), differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro. Negative Werte (Abschläge) sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

d) Zu Spalte [4] (Geförderte Leistungsmenge gesamt im Jahr t-2)

Anzugeben ist die Höhe des insgesamt geförderten Punktzahlvolumens im Jahr t-2, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-2, differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Die anzugebende geförderte Leistungsmenge bezieht sich auf die Gesamtheit aus MGV und EGV.

e) Zu Spalte [5] (Geförderte Leistungsmenge EGV im Jahr t-2)

Anzugeben ist als Davon-Ausweis zu Spalte [4] die Höhe des innerhalb der extrabudgetären Vergütung geförderten Punktzahlvolumens im Jahr t-2, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-2, differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro.

f) Zu Spalte [6] (Finanzvolumen gesamt im Jahr t-1)

Anzugeben ist das auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert entfallende gesamte Finanzvolumen im Jahr t-1 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert), differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. 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.

g) Zu Spalte [7] (Finanzvolumen EGV im Jahr t-1)

Anzugeben ist als Davon-Ausweis zu Spalte [6] das auf regional vereinbarte Zuschläge auf bzw. Abschläge vom Orientierungswert innerhalb der extrabudgetären Vergütung entfallende Finanzvolumen im Jahr t-1 (inkrementeller Anhebungsbetrag bzw. dekrementeller Absenkungsbetrag im Vergleich zur Vergütung zum bundeseinheitlichen Orientierungswert), differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro. Negative Werte (Abschläge) sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

h) Zu Spalte [8] (Geförderte Leistungsmenge gesamt im Jahr t-1)

Anzugeben ist die Höhe des insgesamt geförderten Punktzahlvolumens im Jahr t-1, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-1, differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro.

Hinweis: Die anzugebende geförderte Leistungsmenge bezieht sich auf die Gesamtheit aus MGV und EGV.

i) Zu Spalte [9] (Geförderte Leistungsmenge EGV im Jahr t-1)

Anzugeben ist als Davon-Ausweis zu Spalte [8] die Höhe des innerhalb der extrabudgetären Vergütung geförderten Punktzahlvolumens im Jahr t-1, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-1, differenziert nach den einzelnen Sachverhalten gemäß den Nrn. 1 bis 4. Angabe in Tsd. Euro.

7 Weitere regionale Vergütungsaspekte der vertragsärztlichen Versorgung (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 ausschließlich regionale Vereinbarungen zu Vergütungsaspekten der vertragsärztlichen Versorgung **einzu-beziehen**, 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.

In die Datenübermittlung einzubeziehen sind außerdem Nachzahlungen der Krankenkassen für bereits abgeschlossene Honorarabrechnungszeiträume, welche aus der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015, Teil A, zur Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie resultieren, soweit diese Nachzahlungen in einem späteren Kalenderjahr als dem Kalenderjahr des jeweiligen Honorarabrechnungszeitraums im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-1 und/oder das Jahr t-2 finanzwirksam geworden 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	Nachzahlung der Krankenkassen aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie						
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							
...							

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.).

Hinweis: In Spalte [1] sind auch die Nachzahlungen der Krankenkassen aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 zu berücksichtigen, soweit diese in einem späteren Kalenderjahr als dem Kalenderjahr des jeweiligen Honorarabrechnungszeitraums im Rahmen der Rechnungslegung für das Jahr t-1 und/oder das Jahr t-2 finanzwirksam geworden sind.

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 Mengenkompente)
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 innerhalb des Berichtszeitraums (Jahr t-2 und Jahr t-1) gegolten hat, im Format JJJJQ.

Hinweis: Als frühestmögliches Quartal ist das erste Quartal des Jahres t-2 anzugeben.

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

Letztes Quartal, in welchem die regionale Vereinbarung innerhalb des Berichtszeitraums (Jahr t-2 und Jahr t-1) gegolten hat, im Format JJJJQ.

Hinweis: Als letzstmögliches Quartal ist das vierte Quartal des Jahres t-1 anzugeben.

f) Zu Spalte [8] (Finanzvolumen im Jahr t-2)

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 Jahr t-2 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.

- g) Zu Spalte [9] (Differenz des Finanzvolumens im Jahr t-2 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 Jahr t-2 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.
- h) Zu Spalte [10] (Leistungsmenge im Jahr t-2)
Anzugeben ist die gesamte Leistungsmenge (Leistungsbedarf) der regionalen Vereinbarung im Jahr t-2, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-2. Angabe in Tsd. Euro.
- i) Zu Spalte [11] (Finanzvolumen im Jahr t-1)
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 Jahr t-1 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro.
- j) Zu Spalte [12] (Differenz des Finanzvolumens im Jahr t-1 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 Jahr t-1 anzugeben. Angabe in Tsd. Euro unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens.
- k) Zu Spalte [13] (Leistungsmenge im Jahr t-1)
Anzugeben ist die gesamte Leistungsmenge (Leistungsbedarf) der regionalen Vereinbarung im Jahr t-1, bewertet zum bundeseinheitlichen Orientierungswert im Jahr t-1. Angabe in Tsd. Euro.

Anlage 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Schlüsselverzeichnisse zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3 f Satz 1 und 2 SGB V zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2 e und Abs. 2 g SGB V

(Stand: 01.04.2016)

Inhalt

Schlüsselverzeichnis 9 – Versorgungsbereich.....	44
Schlüsselverzeichnis 10 – Teilnahmestatus des Arztes.....	44
Schlüsselverzeichnis 11 – Teilnahmeumfang des Arztes	44
Schlüsselverzeichnis 14 – Organisationsform der Arztpraxis.....	44

Schlüsselverzeichnis 9 – Versorgungsbereich

Code	Bezeichnung
1	Hausärztlicher Versorgungsbereich
2	Fachärztlicher Versorgungsbereich
3	Sonstiger Versorgungsbereich

Schlüsselverzeichnis 10 – Teilnahmestatus des Arztes

Code	Bezeichnung
1	Zugelassen
2	Angestellt
3	Ermächtigt
9	Sonstige

Schlüsselverzeichnis 11 – Teilnahmeumfang des Arztes

Code	Bezeichnung
A	Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten
B	Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten
C	Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten
D	Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten
E	Hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten
F	Voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten
Z	Sonstige

Schlüsselverzeichnis 14 – Organisationsform der Arztpraxis

Code	Bezeichnung
10	Einzelpraxis
11	Örtliche Gemeinschaftspraxis
12	Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Code	Bezeichnung
13	Teilgemeinschaftspraxis
14	KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis
20	Einrichtung nach § 311 SGB V
21	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V
22	MVZ und (Neben-)Betriebsstätte überörtliche BAG
23	MVZ und (Neben-)Betriebsstätte KV-übergreifende BAG
24	MVZ und (Neben-)Betriebsstätte örtliche BAG
25	Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V und (Neben-)Betriebsstätte überörtliche BAG
30	Zweigpraxis
40	Ausgelagerte Praxisstätte
50	Krankenhaus
51	Nebenbetriebsstätte eines Anästhesisten
52	Nebenbetriebsstätte eines Anästhesisten im zahnärztlichen Sektor
53	Mammographie-Screening-Einheit
54	KV-Eigeneinrichtung
55	Kommunale Eigeneinrichtung
56	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
57	Stationäre Pflegeeinrichtung
60	Behörde oder Einrichtung
70	Kooperationsgemeinschaft nach Kapitel D II. Abschnitt Nr. 9 BOÄ
80	Laborgemeinschaft
89	Einrichtung mit einer Ermächtigung nach § 116a SGB V
90	Sonstiger Leistungsort (Beispiele: Notdienstzentralen, Polikliniken, Rettungsdienst o.ä.)

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3 f 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. 2 e und Abs. 2 g SGB V mit Wirkung zum 1. April 2016

1 Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Abs. 3 f Satz 1 und 2 SGB V einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses gefasst. Anlass der 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 ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2 e und Abs. 2 g SGB V.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zusammengefasst und unbefristet fortgeschrieben. Die im vorliegenden Beschluss geregelten Datenlieferungen werden aktualisiert und an zwischenzeitlich geänderte Rahmenbedingungen angepasst.

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

2 Regelungshintergründe

2.1 Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

In Abschnitt I. wird die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres geregelt. Im Rahmen der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes dient die Abrechnungsstatistik unter anderem der Ermittlung der Veränderungsraten der Leistungsmenge sowie der Anzahl der Ärzte und Praxen zwischen zwei aufeinander folgenden Jahren. Diese Informationen werden insbesondere bei der Berechnung der Veränderung der Praxiskosten, der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit, der Vergütung je EBM-Punkt sowie des StaBS-Punktzahlvolumens verwendet.

Die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr erfolgt jährlich in zwei Tranchen zum 1. Juni bzw. zum 15. Juli.

Entsprechende aktualisierte Daten für das Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres liegen dem Institut des Bewertungsausschusses – zumindest für die Berichtsjahre 2014 bis 2020 – bereits aufgrund der anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die mit Wirkung für das Jahr 2017 geplante Änderung und Weiterentwicklung des EBM (AST_EBM-Daten) gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen vor, so dass aus Gründen der Datensparsamkeit auf eine zusätzliche Korrekturlieferung dieser Daten im Rahmen des vorliegenden Beschlusses verzichtet wird (siehe hierzu auch Abschnitt 2.6).

2.2 Anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

In Abschnitt II. wird die jährliche anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 für zwei aufeinanderfolgende Jahre durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses geregelt. Übermittelt wird das Formblatt 3 des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres sowie das Formblatt 3 des Vorjahres des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres. Das Formblatt 3 dient insbesondere der Ermittlung der Veränderungsrate der Vergütung je EBM-Punkt zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren. Das Formblatt 3 für das Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres liegt dem Institut des Bewertungsausschusses bereits auf der Grundlage einer Erstdatenlieferung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt II. Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses vor. Für diese

Daten erfolgt nun – sofern notwendig – eine Korrekturlieferung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die anlassbezogene Übermittlung des Formblatts 3 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses erfolgt jährlich in zwei Tranchen zum 1. Juni bzw. zum 15. Juli.

2.3 Anlassbezogene Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

Die in Abschnitt III. geregelte anlassbezogene Übermittlung von SV-Differenzbereinigungsbeträgen sowie deklaratorischen Bereinigungsbeträgen dient insbesondere der Ermittlung der Auswirkungen von Kostenveränderungen der Arztpraxis auf die Kosten je EBM-Punkt unter Berücksichtigung des Effekts einer Einbeziehung bzw. einer Nicht-einbeziehung der Tätigkeit im Rahmen von Selektivverträgen sowie der Ermittlung der Veränderung der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit und des StaBS-Punktzahlvolumens zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren. Grundsätzlich werden die SV-Bereinigungsbeträge im Formblatt 3 ausgewiesen. In der Vergangenheit entsprachen diese Werte jedoch nicht immer den tatsächlich auf Landesebene vereinbarten SV-Bereinigungsbeträgen. Deshalb übermitteln die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen des vorliegenden Beschlusses anlassbezogen die tatsächlichen SV-Differenzbereinigungsbeträge sowie deklaratorischen Bereinigungsbeträge für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr und das Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres. Die SV-Differenzbereinigungsbeträge sowie deklaratorischen Bereinigungsbeträge für das Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits auf der Grundlage von Erstdatenlieferungen durch den GKV-Spitzenverband gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Abschnitt III. des vorliegenden Beschlusses vor. Für diese Daten erfolgen nun Korrekturlieferungen durch den GKV-Spitzenverband. Die Korrekturdatenlieferungen der Krankenkassen können sich hierbei auf diejenigen SV-Bereinigungsbeträge beschränken, die gegenüber dem Stand aus der entsprechenden Erstdatenlieferung einen aktuelleren Stand aufweisen.

Die anlassbezogene Übermittlung der Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses wird gegenüber den entsprechenden, in der Vergangenheit erfolgten Datenlieferungen formalisiert und auf einen einmal jährlichen Lieferturnus zum 15. Juli umgestellt.

Auf die Fortführung der entsprechenden, in der Vergangenheit erfolgten Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses wird aus Gründen der Datensparsamkeit im Rahmen des vorliegenden Beschlusses verzichtet.

2.4 Anlassbezogene Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

In Abschnitt IV. wird die Übermittlung von Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten geregelt. Im Rahmen der Beratungen zur Anpassung des Orientierungswertes lässt sich der Bewertungsausschuss vom Institut des Bewertungsausschusses die Veränderungsrate der Vergütung je EBM-Punkt zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren berichten. Das Institut des Bewertungsausschusses 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 Vergütung von EBM-Leistungen oder zu einer Veränderung der abgerechneten Menge von EBM-Leistungen führen. In Abschnitt IV. wird daher die Übermittlung von Daten zu diesen regionalen Vergütungsaspekten für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr und das Vorjahr des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres geregelt.

Die in der Anlage 3 des vorliegenden Beschlusses enthaltenen Tabellenbeschreibungen werden gegenüber früheren Vorgaben zu den Berichtsjahren 2013 und 2014 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 353. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) inhaltlich und strukturell an zwischenzeitlich geänderte Rahmenbedingungen angepasst. In der Tabelle REG_MGV werden u. a. der MGV-Aufsatzwert neu definiert sowie die Aspekte der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie der basiswirksamen Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zusätzlich berücksichtigt. Die Tabelle REG_MGV_EGV_ABGRENZUNG entfällt und die Tabellen REG_MGV_AUFSATZ und REG_PWZ werden neu aufgenommen.

Die in der Tabelle REG_MGV_AUFSATZ aufzuführenden Sachverhalte umfassen insbesondere:

- für das Berichtsjahr 2016 die einmalige und basiswirksame Erhöhung der Aufsatzwerte in den Quartalen 1/2016 bis 4/2016 gemäß § 87 a Abs. 5 Satz 10 SGB V i. d. F. des KHSG aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F.,

- für das Berichtsjahr 2016 die einmalige und basiswirksame Absenkung der Aufsatzwerte in den Quartalen 1/2016 bis 4/2016 gemäß Teil B, Nr. 7 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- für die Berichtsjahre 2016 und 2017 die basiswirksame Absenkung der Aufsatzwerte in den Quartalen 3/2016 bis 2/2017 gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich,
- für das Berichtsjahr 2019 die einmalige und basiswirksame Erhöhung der Aufsatzwerte in den Quartalen 1/2019 bis 4/2019 gemäß Teil B, Nr. 9 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

Anhand der Tabellenbeschreibungen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bis zum 8. Juni 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 jährlich bis zum 1. Juli 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 jährlich bis zum 15. Juni (Erstlieferung) bzw. bis zum 8. Juli (Korrekturlieferung) vor.

2.5 Pseudonymisierung

Abschnitt V. regelt die einheitliche Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss zuletzt in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss bzw. auf der Grundlage entsprechender Folgebeschlüsse.

2.6 Zweckbindung

In Abschnitt VI. Nr. 1 wird geregelt, dass das Institut des Bewertungsausschusses auf einvernehmlichen Auftrag der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses die im vorliegenden Beschluss geregelten anlassbezogenen Datenlieferungen auch für andere Verwendungszwecke als die Berechnungen zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes nutzen kann.

Durch Abschnitt VI. Nr. 2 wird das Institut des Bewertungsausschusses durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einvernehmlich beauftragt, die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen übermittelte Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung für die mit Wirkung für das Jahr 2017 geplante Änderung und Weiterentwicklung des EBM (AST_EBM-Daten) im Rahmen der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes als korrigierte Datengrundlage für das Vorjahr des jeweiligen Kalenderjahres zu nutzen (siehe hierzu auch Abschnitt 2.1).

2.7 Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

In Abschnitt VII. werden Aufbewahrungs- und Löschfristen der Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung, des Formblattes 3, der Daten zu SV-Bereinigungsbeträgen und der Daten zu regionalen Vergütungsaspekten geregelt. Die Aufbewahrungsfrist beim Institut des Bewertungsausschusses richtet sich nach dem jeweiligen Verwendungszweck und beträgt längstens zehn Jahre. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist erfolgt eine Löschung.

2.8 Schlüsselverzeichnisse

In Abschnitt VIII. werden die Schlüsselverzeichnisse zu den Datenübermittlungen nach dem vorliegenden Beschluss geregelt.

2.9 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2016 in Kraft.