Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin

und

der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K. d. ö. R., Berlin,

vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages den nachstehenden

Vertrag

über den Datenaustausch auf Datenträgern

Stand: 1. Januar 2015

Inhaltsverzeichnis

I. Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Krankenkassen bzw. den GKV-Spitzenverband ... 3
Abschnitt 1: Aufbereitung und Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen ... 3
§ 1 Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen ... 3
Abschnitt 2: Austausch statistischer Daten ... 5
§ 2 Übermittlung statistischer Daten auf Bundes- und Landesebene ... 5
Abschnitt 3: Übermittlung von Stammdaten ... 6
§ 3 Art und Inhalt der Arztstammdaten ... 6
§ 4 Art und Inhalt der Daten der Weiteren Leistungserbringer ... 7
§ 5 Weiterleitung der Arztstammdatei ... 7
§ 6 Zweckbindung der Arztstammdaten ... 7
§ 7 Art und Inhalt der Gebührenordnungsstammdaten ... 8
§ 8 Weiterleitung der Gebührenordnungsstammdatei ... 8
§ 9 Institutionskennzeichen der Krankenkassen (IK) ... 8
§ 10 Vertragskassennummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (VKNR) ... 8
§ 11 Informationsaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen ... 9
II. Datenlieferungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V ... 10
Abschnitt 4: Auffälligkeitsprüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V ... 10
§ 12 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen ... 10
§ 13 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf ... 11
§ 14 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Heilmittel ... 12
§ 15 Weiterleitung der Datensätze und Erstellung der Statistiken zu ärztlich verordneten Leistungen ... 13
Abschnitt 5: Zufälligkeitsprüfung ... 14
§ 16 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für ärztliche Leistungen ... 14
§ 17 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Leistungen ... 14
§ 18 Weiterleitung der Datensätze ... 16
Abschnitt 6: Auffälligkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ... 16
III. Schlussbestimmungen ... 16
§ 19 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung ... 16
§ 20 Inkrafttreten, Sonderregelungen, Übergangsregelung ... 16
§ 21 Kündigung ... 17
Anlage 1 Pseudogebührennummern für die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V ... 18
Protokollnotiz ... 18

I. Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Krankenkassen bzw. den GKV-Spitzenverband

Abschnitt 1: Aufbereitung und Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen

§ 1
Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

(1) Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt mittels der vereinbarten EDV-Verfahren. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der aufzunehmenden Daten sind zu beachten.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen und übermitteln für jede Krankenkasse je Behandlungsfall für die Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einen Datensatz mit dem Nachweis der von jeder Arztpraxis gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:

1. das für die Rechnungslegung der KV zu verwendende Abrechnungs-Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
2. das Abrechnungs-Institutionskennzeichen[1] der Krankenkasse von der elektronischen Gesundheitskarte, wenn abweichend von 1.,
3. Versichertenart,
4. Besondere Personengruppe,
5. DMP-Kennzeichen,
6. die Krankenversichertennummer[2],
7. das Abrechnungsquartal,
8. die Arztnummer(n), in Überweisungsfällen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes,
9. die Betriebsstättennummer(n), in Überweisungsfällen auch die Betriebsstättennummer des Überweisers,
10. die Behandlungsart (ambulant/stationär),
11. die Art der Inanspruchnahme (direkt/Überweisungsart, Notfall/ Vertretung),
12. die abgerechneten Gebührennummern nach Regelwerkkorrektur sowie gegebenenfalls Abrechnungsbegründungen, die besonders berechnungsfähigen Kosten einschließlich Art der Kosten nach sachlich rechnerischer Prüfung sowie gegebenenfalls den Tag der voraussichtlichen Entbindung, je Behandlungstag mit Datumsangabe – sofern die Vertragspartner auf Landesebene dazu keine einschränkenden Regelungen treffen (§ 20 Abs. 2),
13. den Fallwert in Punkten sowie den Fallwert in Euro für Sachkosten (inkl. Dialyse-Sachkosten) und in Euro bewertete Leistungen aus regionalen Verträgen, jeweils nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit,

[1] Entspricht den Elementen „AbrechnenderKostentraeger/Kostentraegerkennung“ oder, falls nicht vorhanden, „Kostentraeger/Kostentraegerkennung“ aus dem VSD der eGK

[2] Bei Ersatzverfahren den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten. Diese Regelung soll auch für alle weiteren Datensätze, bei denen die Versichertennummer nicht verfügbar ist, gelten.

14. ggf. die Dialysesachkosten in Euro nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit,
15. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,
16. die Diagnose(n) verschlüsselt entsprechend der Vorgaben der Partner des Bundesmantelvertrags nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung, wobei die Regelungen der Empfehlungsvereinbarung zur Codierung der Diagnosen nach ICD-10 zu berücksichtigen sind[3],
17. die Angabe des OPS-Schlüssels.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen folgende Leistungsnachweise pro Krankenkasse, für die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung

1. ein Formblatt 3 für bereichseigene Ärzte,
2. ein Formblatt 3 für bereichsfremde Ärzte, differenziert nach KV-Bereichen sowie in der Zusammenfassung aller KV-Bereiche,
3. ein Formblatt 3 - in der Zusammenfassung bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

Rechnungsverändernde Korrekturen sind im Formblatt 3 zeitnah zu berücksichtigen. Eine Konkretisierung der Frist bleibt den Partnern der Gesamtverträge vorbehalten.

Der Inhalt dieser Formblätter wird von den Partnern dieses Vertrages gesondert vereinbart.

(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen und übermitteln für die von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen einen gesonderten Leistungsnachweis.

Dieser enthält folgende Angaben:

1. Abrechnungsquartal
2. Vertragsnummer
3. Wohnort-KV (rechnungslegende KV)
4. Leistungserbringer-KV
5. Vertragskassennummer
6. Institutionskennzeichen von der elektronischen Gesundheitskarte
7. Kassenname
8. Krankenversichertennummer
9. Name des Versicherten
10. Vorname des Versicherten
11. Geburtsdatum des Versicherten
12. Arztnummer des abrechnenden Arztes
13. Betriebsstättennummer des abrechnenden Arztes
14. Behandlungsdatum
15. Gebührenordnungsposition

[3] Nach Inkrafttreten gelten die Richtlinien zur Kodierung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 3 SGB V

16. Text der Gebührenordnungsposition (optional für bundeseinheitliche Gebührenordnungsposition)
17. Leistungshäufigkeit
18. Leistungsbedarf gemäß der regionalen Euro-Gebührenordnung

Erfolgt die Inanspruchnahme von bereinigten Leistungen bei bereichsfremden Ärzten, ist das Behandlungsdatum (Nr. 14.) nicht zu übermitteln.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen fertigen unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften nach Maßgabe vertraglicher Regelungen der Vertragspartner auf Landesebene weitere nicht versichertenbezogene Zusammenstellungen von Daten oder begründende Unterlagen zu den abgerechneten Leistungen.

(5) Die Lieferung der Datenträger nach Abs. 2, 3a und 4 an die Krankenkassen erfolgt spätestens bis zum Ende des fünften auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats.

(6) Die Lieferung der Datenträger für die Abrechnung der Fremdarztfälle nach Abs. 4 sowie der Formblätter nach Abs. 3 an die Krankenkassen erfolgt spätestens bis zum Ende des sechsten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats.

(7) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 2: Austausch statistischer Daten

§ 2
Übermittlung statistischer Daten auf Bundes- und Landesebene

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für ihren Bereich den Landesverbänden der Krankenkassen, den jeweils zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie der Knappschaft auf maschinell verwertbaren Datenträgern für jede Mitgliedskasse oder regionalisierten Krankenkassen für die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung und als Summenergebnis kassenartenbezogen:

1. je ein Formblatt 3 für bereichseigene Ärzte,
2. je ein Formblatt 3 für bereichsfremde Ärzte, differenziert nach KV-Bereichen sowie in der Zusammenfassung aller KV-Bereiche,
3. je ein Formblatt 3 in der Zusammenfassung bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband die Daten nach Abs. 1 für statistische Zwecke auf maschinell verwertbaren Datenträgern

1. differenziert nach Kassenarten und KV-Bereichen sowie in der Zusammenfassung aller KV-Bereiche
2. kassenartenübergreifend nach KV-Bereichen sowie in der Zusammenfassung aller KV-Bereiche

zur Verfügung.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt dem GKV-Spitzenverband auf maschinell verwertbaren Datenträgern

1. die Frequenzstatistik je Arztgruppe und über alle Arztgruppen, getrennt nach Behandlungsart (ambulant/stationär/sonstige Leistungsarten), nach den Gebührennummern des BMÄ, der E-GO und gesamt,
2. die Anzahl der Abrechnungsfälle je Arztgruppe und Leistungsart, getrennt nach
   - kurativ
   - präventiv
   - Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch

(4) Die Datenlieferung erfolgt spätestens sechs Monate nach Quartalsende.

(5) Sofern die Daten nach Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach Quartalsende nicht vollständig für alle KV-Bezirke in einer abschließend geprüften und qualitätsgesicherten Form vorliegen, erfolgt die endgültige Datenlieferung mit geprüften und qualitätsgesicherten Daten spätestens neun Monate nach Quartalsende.

(6) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 bis 5 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine vom GKV-Spitzenverband bzw. von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 3: Übermittlung von Stammdaten

§ 3
Art und Inhalt der Arztstammdaten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt für die EDV-gestützte Anwendung von Prüfroutinen durch die Krankenkassen eine Datei (Arztstammdatei ASD) der gemäß §§ 19 und 24 Ärzte-ZV zugelassenen oder gemäß §§ 31 bzw. 31a Ärzte-ZV ermächtigten Ärzte sowie der nach § 95 Abs. 2 SGB V oder nach § 311 Abs. 2 SGB V in Einrichtungen tätigen Ärzte, die zum jeweiligen Übermittlungs-Stichtag an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese Datei enthält personenbezogen folgende Angaben:

1. Arztnummer(n) (gemäß Richtlinie § 75 Abs. 7 SGB V)
2. Hausarzt-/Facharztkennung (gem. § 73 Abs. 1a SBG V)
3. Teilnahmestatus
4. Geburtsdatum des Arztes
5. Geschlecht des Arztes (Anrede), ggf. Titel
6. Vorname(n) des Arztes
7. Familienname des Arztes
8. Betriebsstättennummer(n) des Arztes (gemäß Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V)

8.1 Beginn der Tätigkeit des Arztes in der Betriebsstätte

8.2 Ende der Tätigkeit des Arztes in der Betriebsstätte

8.3 Straße und Hausnummer der Betriebsstätte

8.4 Postleitzahl der Betriebsstätte

8.5 Ort der Betriebsstätte

Der Stichtag zur Datenübermittlung und die Art der Datei werden im Datei-Leitsatz eingetragen.

§ 4
Art und Inhalt der Daten der Weiteren Leistungserbringer

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt für die EDV-gestützte Anwendung von Prüfroutinen durch die Krankenkassen eine weitere Datei derjenigen Leistungserbringer, die nicht in § 3 aufgeführt sind und aufgrund besonderer Regelungen im SGB V, im BMV oder in sonstigen Richtlinien ärztliche Leistungen erbringen und diese mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen; diese Gruppe wird nachfolgend „Weitere Leistungserbringer“ genannt. Diese Datei enthält folgende Angaben:

1. Arztnummer[4] (gemäß Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V)
2. Betriebsstättennummer(n) des Arztes (gemäß Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V)

2.1 Beginn der Tätigkeit des Arztes in der Betriebsstätte[5]

2.2 Ende der Tätigkeit des Arztes in der Betriebsstätte[6]

3. Teilnahme-Status (= Weitere Leistungserbringer),
4. Bezeichnung des Weiteren Leistungserbringers (Name des Arztes, der Einrichtung, des Krankenhauses, der Krankenhausabteilung, der Poliklinik etc),
5. Sitz des Weiteren Leistungserbringers,

5.1 Postleitzahl,

5.2 Ort,

5.3 Straße

Der Stichtag zur Datenübermittlung und die Art der Datei werden im Datei-Leitsatz eingetragen.

§ 5
Weiterleitung der Arztstammdatei

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt monatlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern die Daten gemäß § 3 sowie § 4 an den GKV-Spitzenverband. Dieser stellt den Krankenkassen die Verzeichnisse zur Verfügung.

(2) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag unmittelbar an eine vom GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

§ 6
Zweckbindung der Arztstammdaten

Die Daten gemäß § 3 sowie § 4 sollen den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer Aufgaben dienen, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen; für andere Zwecke darf der GKV-Spitzenverband das Verzeichnis nicht verwenden.

---

[4] Sofern ein Weiterer Leistungserbringer keine lebenslange Arztnummer erhält, wird anstelle der Arztnummer der Dummywert 999999900 übermittelt.

[5] Sofern möglich.

[6] Sofern möglich.

§ 7
Art und Inhalt der Gebührenordnungsstammdaten

(1) Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt auf der Basis der gültigen Vertragsgebührenordnung sowie ergänzender im jeweiligen Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung geltender Bestimmungen.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt quartalsweise einen Datensatz mit folgenden Angaben (Gebührenordnungsstammdatei):

1. alle abrechnungsfähigen Gebührennummern (ambulant und stationär) in Punktzahlen und Kosten in Euro (mit Kurzbeschreibung),
2. alle in den Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzlich ansatzfähigen Abrechnungspositionen (mit Kurzbeschreibung).

§ 8
Weiterleitung der Gebührenordnungsstammdatei

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten gemäß § 7 auf maschinell verwertbaren Datenträgern an den GKV-Spitzenverband.

(2) Die Datenübermittlung erfolgt zeitgleich zur Datenlieferung gemäß § 2 Abs. 6.

(3) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine vom GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

§ 9
Institutionskennzeichen der Krankenkassen (IK)

(1) Die Vergabe des Institutionskennzeichens erfolgt nach Maßgabe der von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen erlassenen Kriterien in der Fassung vom Mai 1994.

(2) Das Institutionskennzeichen gliedert sich wie folgt:

1. und 2. Stelle:	Klassifikationsmerkmal
3. und 4. Stelle:	Regionalkennzeichen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
5. bis 8. Stelle:	Seriennummer
9. Stelle:	Prüfziffer zu den Stellen 3 bis 8

(3) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Eintragung des/r vergebenen Institutionskennzeichen(s) und des jeweils dazugehörigen Namens der Krankenkasse auf dem Chip sowie die Abbildung dieser Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte nach Maßgabe der technischen Spezifikationen der elektronischen Gesundheitskarte nach den geltenden Vorgaben der gematik erfolgen.

§ 10
Vertragskassennummer der Kassenärztlichen Vereinigungen (VKNR)

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen verwenden bei der Durchführung ihrer Aufgaben die Vertragskassennummern. Für diese gilt folgender Aufbau:

1. und 2. Stelle:	Nummer der KV-Abrechnungsstelle

3. bis 5. Stelle: Seriennummer der Krankenkasse innerhalb der Kassenart

(2) Die Vergabe der Vertragskassennummern erfolgt nach dem in der Anlage zu diesem Vertrag aufgeführten Nummernkreis.

§ 11
Informationsaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft informieren auf regionaler Ebene die Kassenärztlichen Vereinigungen über die in ihrem Zuständigkeitsbereich von den Krankenkassen auf die elektronischen Gesundheitskarten aufgebrachten Institutionskennzeichen. Die Meldungen hierüber haben mindestens folgende Daten zum Inhalt:

- Institutionskennzeichen gemäß Eintragung im Chip der elektronischen Gesundheitskarte,
- Name der Krankenkasse gemäß Eintragung im Chip,
- Adresse der Krankenkasse bzw. Untergliederung der Krankenkasse, für die das angegebene Institutionskennzeichen Gültigkeit hat.

Zusätzlich zu vorstehenden Daten sind, sofern abweichend hiervon, folgende Informationen zu liefern:

1. für die Rechnungslegung der KV (Abrechnungs-IK, vgl. § 1)
   - Institutionskennzeichen
   - Name der Krankenkasse
   - Adresse der Krankenkasse
2. für den Versand von papiergebundenen Abrechnungsunterlagen bzw. maschinell verwertbaren Datenträgern
   - Adresse der Krankenkasse

Bei jedem Institutionskennzeichen ist darüber hinaus das Anfangsdatum der Gültigkeit dieses Institutionskennzeichens anzugeben, ebenso, sofern erforderlich, das Enddatum der Gültigkeit. Bei Ende der Gültigkeit ist das letzte gültige Abrechnungsquartal sowie eine Verfahrensvorschrift zur zukünftigen Verfahrensweise (z. B. Fusions- bzw. Änderungsinformation) zu übermitteln.

(2) Bei Änderung einzelner Bestandteile des Datensatzes nach Abs. 1, z. B. als Folge der Fusionierung einer Krankenkasse, ist jeweils der vollständige neue Datensatz (z. B. der aufnehmenden Krankenkasse) mit entsprechenden Zeitangaben zum Inkrafttreten der Änderung zu übermitteln. Bei Auflösung einer Krankenkasse ist das Ende des Bestehens und das letzte gültige Abrechnungsquartal zu übermitteln.

(3) Nach Bekanntgabe des für die Krankenkasse vergebenen Institutionskennzeichens im Rahmen der Datenübermittlung gemäß der Abs. 1 und 2 informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verbände der Krankenkassen über die für die einzelne Krankenkasse vergebene VKNR.

(4) Für den Datenaustausch gemäß Abs. 3 kann ein eigenständiger Datenträgeraustausch vereinbart werden.

Die Weiterleitung der Daten kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag unmittelbar an eine von dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Knappschaft mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

(5) Bei Änderungen der auf dem Chip eingetragenen Institutionskennzeichen und des auf der elektronischen Gesundheitskarte abgebildeten Institutionskennzeichens, z. B. als Folge einer Fusion einer Krankenkasse, behalten ausgegebene elektronische Gesundheitskarten zunächst weiterhin ihre Gültigkeit. Gleiches gilt bei Änderungen des Namens der Krankenkasse. Bei Ausstellung vertragsärztlicher Vordrucke gemäß Anlage 2 bzw. Anlage 2a BMV-Ä werden die auf der elektronischen Gesundheitskarte niedergelegten Informationen abgebildet. Dies gilt nicht für den Namen der Krankenkasse, welcher - gegebenenfalls unter Berücksichtigung erfolgter Fusionen -der Kostenträgerstammdatei (der KBV) entnommen wird.

(6) Für den Informationsaustausch gemäß der Abs. 1 bis 3 gelten bestimmte Fristen. Danach sind die Informationen von den Verbänden der Krankenkassen bis zum Ende des ersten Monats eines Quartals den Kassenärztlichen Vereinigungen mitzuteilen. Rückmeldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis zum 15. des zweiten Monats des gleichen Quartals zu erfolgen. Die Änderungen haben Gültigkeit ab Beginn des der Meldung folgenden Quartals.

Soweit Änderungsmitteilungen der Verbände der Krankenkassen nach dem genannten Zeitpunkt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingehen, stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Fall sicher, dass ab dem nächstmöglichen Quartal den niedergelassenen Vertragsärzten die notwendigen Änderungsinformationen zugehen.

(7) Für die Rechnungslegung der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber der Krankenkasse findet das Institutionskennzeichen gemäß Abs. 1 (Abrechnungs-IK, vgl. § 1) Anwendung. Soweit auf elektronischen Gesundheitskarten von den Krankenkassen hiervon abweichende Institutionskennzeichen angegeben sind, werden diese Informationen im Rahmen der Datenübermittlung gemäß Abschnitt 1, § 1 Abs. 2 zusätzlich übermittelt.

(8) Bei der Übermittlung von Verordnungsdaten und Verordnungsstatistiken ist von den Krankenkassen das für die Rechnungslegung der Kassenärztlichen Vereinigungen relevante Institutionskennzeichen zu verwenden.

II. Datenlieferungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V

Abschnitt 4: Auffälligkeitsprüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V

§ 12
Art und Inhalt der Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen

(1) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich einen Datensatz mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Institutionskennzeichen der Krankenkassen,

4. Abrechnungsquartal,
5. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner), oder nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen oder nach Krankheitsarten

(2) Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Abs. 5b SGB V erforderlich, sind die Daten nach Abs. 1 Nr. 4 jeweils unter Angabe der verschlüsselten Diagnose in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung, wobei die Regelungen der Empfehlungsvereinbarung zur Codierung der Diagnosen nach ICD-10 zu berücksichtigen sind, zu übermitteln.

(3) Die Angabe der Gliederung nach Altersgruppen gemäß Abs. 1 Nr. 4 erfolgt gemäß der Rahmenvorgabe gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2002 für Richtgrößenvereinbarungen nach § 84 Abs. 6 vom 31. Januar 2002, geschlossen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

§ 13
Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf

(1) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Arzneimitteldatei) mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Verordnungsquartal,
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Zahl der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner) oder nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen oder nach den gemäß § 296 Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Verordnungsgruppen einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
6. Bruttowert[7] der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner) oder nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen oder nach den gemäß § 296 Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Verordnungsgruppen einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
7. Nettowert[8] der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner) oder nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen oder nach den gemäß § 296 Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Verordnungsgruppen einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V.

(2) Werden die in den jeweiligen Prüfvereinbarungen festgelegten Aufgreifkriterien zur Durchführung einer Prüfmaßnahme von einem Arzt erreicht, erstellen die

[7] Bruttowert – Apothekenabgabepreis inkl. Mehrwertsteuer vor Abzug von gesetzlichen Abschlägen nach §§ 130 und 130a SGB V und vertraglich vereinbarten Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V sowie vor Abzug der Zuzahlung; bei festbetragsgeregelten Arzneimitteln ist § 31 Abs. 2 SGB V zu beachten.

[8] Nettowert – entsprechender Betrag nach Abzug der vorgenannten Kostenelemente (Fn. 5) sowie der Eigenbeteiligung nach § 27a SGB V. Einzelvertraglich vereinbarte Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V sind grundsätzlich zu berücksichtigen. Sie sind zu liefern, wenn eine periodengleiche Zuordnung auf die PZN möglich ist.

Krankenkassen auf der Basis der Daten nach Abs. 1 für diesen Arzt einen weiteren Datensatz (erweiterte Arzneimitteldatei) mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Verordnungsquartal,
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehörige, Rentner)
7. Zahl der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
8. Bruttowert[5] der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
9. Nettowert[6] der Verordnungen für Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V.

(3) Zusätzlich zur Arzneimitteldatei nach Abs. 1 erstellen die Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Sprechstundenbedarfsdatei) mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer[9](n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Verordnungsquartal,
4. Zahl der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe),
5. Wert der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe).

Das Nähere über die Bereitstellung der Angaben nach den Nummern 3 und 4 vereinbaren die Vertragspartner auf Landesebene.

(4) Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung beziehungsweise Abrechnung erfolgt.

§ 14*
Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Heilmittel

(1) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Heilmitteldatei) mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Verordnungsdatum[10],
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. pseudonymisierte Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
7. Zahl der Verordnungen für Heilmittel einschließlich der Heilmittelpositionsnummern,

* Abs. 1 und 2 sind für Datenlieferungen für die Prüfzeiträume ab 01.01.2013 wirksam.

[9] Die Vertragspartner kommen überein, dass der Sprechstundenbedarf betriebsstättenbezogen geprüft wird und, sofern eine Arztnummer angegeben wurde, diese keine Relevanz für das Prüfgeschehen entfaltet.

[10] Sofern vorhanden, andernfalls ist das Verordnungsquartal zu übermitteln.

8. Zahl der Verordnungen außerhalb des Regelfalls einschließlich der Heilmittelpositionsnummern,
9. Bruttowert[11] der Verordnungen für Heilmittel einschließlich der Heilmittelpositionsnummern,
10. Nettowert[12] der Verordnungen für Heilmittel einschließlich der Heilmittelpositionsnummern,
11. Indikationsschlüssel,
12. ICD-10-GM-Code[13,]
13. Kennzeichen über die Genehmigung nach § 32 Abs.1a SGB V[14.]

(2) Werden die in den jeweiligen Prüfvereinbarungen festgelegten Aufgreifkriterien zur Durchführung einer Prüfmaßnahme erreicht, wird die Versichertennummer auf Anforderung der Prüfungsstelle entpseudonymisiert übermittelt.

(3) Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung beziehungsweise Abrechnung erfolgt.

§ 15
Weiterleitung der Datensätze und Erstellung der Statistiken zu ärztlich verordneten Leistungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die Angaben nach § 12 für die bei ihnen abrechnenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die Angaben nach den §§ 13 Abs. 1 und 3 und § 14 Abs. 1 auf maschinell verwertbaren Datenträgern an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V.

(3) Sofern die regional vereinbarte Prüfvereinbarung keine Fristen vorsieht, gilt die folgende Frist: Die Lieferung der verschiedenen Datenträger gemäß der §§ 12 und 13 Abs. 1 und 3 sowie 14 Abs. 1 erfolgt frühestens nach Ablauf des 6. Monates und spätestens mit Ablauf des 9. Monats nach Ende des jeweiligen zu prüfenden Zeitraumes.

(4) Die Prüfungsstelle erstellt die zu Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V relevanten Statistikdaten und benennt nach Feststellung der Vollständigkeit der Daten den Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen die in eine Prüfmaßnahme zu involvierenden Ärzte bis spätestens 3 Monate nach Bereitstellung der Daten gemäß Abs.3.

(5) Die Krankenkassen übermitteln die Angaben nach den §§ 13 Abs. 2 und 14 Abs. 2 auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens 2 Monate nach Anforderung der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V.

---

[11] Bruttowert - Summe der zu Vertragspreisen abgerechneten verordneten Heilmittel (Anzahl x Preis) vor Abzug der gesetzlichen Zuzahlung (Summe aus dem Gesamtbetrag der prozentualen Zuzahlung je Verordnung und dem pauschalen Zuzahlungsbetrag je Verordnungsblatt unter Berücksichtigung einer möglichen Zuzahlungsbefreiung des Versicherten).

[12] Nettowert - Summe der zu Vertragspreisen abgerechneten verordneten Heilmittel (Anzahl x Preis) nach Abzug der gesetzlichen Zuzahlung (Summe aus dem Gesamtbetrag der prozentualen Zuzahlung je Verordnung und dem pauschalen Zuzahlungsbetrag je Verordnungsblatt unter Berücksichtigung einer möglichen Zuzahlungsbefreiung des Versicherten).

[13] Sofern vorhanden.

[14] Sofern vorhanden.

Abschnitt 5: Zufälli*gkeitsprüfung (Stichprobenprüfung)

§ 16
Art und Inhalt der Prüfunterlagen für ärztliche Leistungen

Für die Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erstellen die Kassenärztlichen Vereinigungen für die aufgrund der regionalen Prüfvereinbarungen in die Stichprobenprüfung einbezogenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen je Behandlungsfall einen Datensatz mit folgenden Angaben:

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Abrechnungsquartal,
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
7. Geburtsjahr des Versicherten,
8. die abgerechneten Gebührenordnungsnummern nach Regelwerkkorrektur sowie die besonders berechnungsfähigen Kosten einschließlich Art der Kosten nach sachlich rechnerischer Prüfung, je Behandlungstag mit Datumsangabe - sofern die Vertragspartner auf Landesebene dazu keine einschränkenden Regelungen treffen (§20 Abs. 2)
9. die verschlüsselten Diagnose(n) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung, wobei die Regelungen der Empfehlungsvereinbarung zur Codierung der Diagnosen nach ICD-10 zu berücksichtigen sind.
10. bei Überweisungsfällen zusätzlich den Auftrag

§ 17*
Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Leistungen

Für die Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erstellen die Krankenkassen für die aufgrund der regionalen Prüfvereinbarungen in die Stichprobenprüfung einbezogenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen je Versicherten Datensätze mit folgenden Angaben:

(1) Datensatz zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n)
3. Verordnungsquartal,
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
7. Zahl der vom Arzt verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), unter Angabe des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
8. Bruttowert[11] der vom Arzt verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), unter Angabe des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V,

* Abs. 1 und 2 sind für Datenlieferungen für die Prüfzeiträume ab 01.01.2013 wirksam.

9. Nettowert[12] der vom Arzt verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), unter Angabe des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V.

Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung beziehungsweise Abrechnung erfolgt.

(2) Datensatz zur Verordnung von Heilmitteln

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Verordnungsdatum[10],
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
7. Zahl der vom Arzt verordneten Heilmittel unter Angabe der Heilmittelpositionsnummern,
8. Bruttowert[11] der vom Arzt verordneten Heilmittel unter Angabe der Heilmittelpositionsnummern,
9. Nettowert[12] der vom Arzt verordneten Heilmittel unter Angabe der Heilmittelpositionsnummern,
10. Indikationsschlüssel,
11. ICD-10-GM-Code[13],
12. Kennzeichen über die Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V[14].

(3) Datensatz zur Verordnung von Krankenhausbehandlung

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Aufnahmequartal,
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
7. Tag der Aufnahme,
8. Grund der Aufnahme,
9. Einweisungsdiagnose, sofern diese den Krankenkassen vorliegt
10. Aufnahmediagnose,
11. Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
12. Tag der Entlassung.

(4) Datensatz zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

1. Arztnummer(n),
2. Betriebsstättennummer(n),
3. Feststellungsquartal
4. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
5. Versichertennummer,
6. die Diagnose,
7. Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit werden dem die Verordnung von Arbeitsunfähigkeit ausstellenden Vertragsarzt zugeordnet.

§ 18
Weiterleitung der Datensätze

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern den Datensatz nach § 16.

(2) Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern die Datensätze nach § 17.

(3) Die Fristen zur Lieferung der verschiedenen Datenträger gemäß der §§ 16 und 17 richten sich nach den Bestimmungen der jeweiligen Prüfvereinbarung.

Abschnitt 6: Auffälligkeitsprüfung nach Durchschnittswerten

Sofern die regionalen Prüfvereinbarungen Auffälligkeitsprüfungen nach Durchschnittswerten vorsehen, wird empfohlen, die Datenlieferungen analog des Abschnittes 4 vorzunehmen.

III. Schlussbestimmungen

§ 19
Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

(1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage (TA) geregelt. Sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend, jedoch längstens bis zum Ablauf einer Frist von neun Wochen nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf dieser Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der TA als „Datenannahmestellen“ aufgeführten, annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer Neulieferung der quartalsbezogenen Abrechnungsdaten.

(3) Werden die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 2 ordnungsgemäß erfüllt, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, innerhalb von neun Wochen nach Erhalt der Reklamation korrigierte Abrechnungsdaten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

(4) Ab wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist, ist in der Technischen Anlage spezifiziert.

§ 20
Inkrafttreten, Sonderregelungen, Übergangsregelung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2009 in Kraft und gilt für die Datenlieferung ab dem 1. Quartal 2009.

(2) Die Vertragspartner auf Landesebene können vereinbaren, dass die Regelung zur Angabe der abgerechneten Gebührennummern je Behandlungstag mit Datumsangabe im Einzelfallnachweis nach Abschnitt 1 § 1 Abs. 2 Nr. 8 abgelöst werden kann durch eine Regelung je Behandlungstag mit Tagtrennung.

(3) Für die Bundesverwaltungskassen gemäß § 156 SGB V hat der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV) die Funktion eines Landesverbandes (§ 15 Abs. 1).

§ 21
Kündigung

Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Anlage 1 Pseudogebührennummern für die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V

aufgehoben

Protokollnotiz

1. ASD-Datei (Quelle: Bundesarztregister)

Die Vertragsparteien nehmen zur Kenntnis, dass die in Abschnitt 2 § 3 genannte Arztstammdatei die abrechnungsberechtigten Personen umfasst, deren Tätigkeitsberechtigungen sich aus den Regelungen der Ärzte-ZV ergeben. Die Datenquelle ist dabei das Bundesarztregister.

In Anwendung von § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV gilt diese Vereinbarung für Psychotherapeuten entsprechend.

In Anwendung von § 311 Abs. 2 SGB V gilt diese Vereinbarung für die gemäß § 95 Abs. 2 Satz 3 SGB V eingetragenen Einrichtungsärzte im Beitrittsgebiet (neue Bundesländer) entsprechend.

In Anwendung von § 95 Abs. 2 SGB V gilt diese Vereinbarung für die gemäß § 95 Abs. 2 Satz 3 SGB V eingetragenen Einrichtungsärzte in Medizinischen Versorgungszentren entsprechend.

Bei Einrichtungsärzten nach § 311 Abs. 2 SGB V bzw. nach § 95 Abs. 2 SGB V bestimmt sich die Vergabe der Abrechnungsnummer auf der Rechtsgrundlage des § 37 Abs. 1 BMV-Ä. Die Daten derjenigen Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten, deren Zulassung gemäß § 26 Ärzte-ZV zum Übermittlungs-Stichtag ruht, sind von der Datenübermittlung ausgeschlossen.

Die Daten der nach § 32b Ärzte-ZV bei Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten angestellten (und somit selbst nicht abrechnungsberechtigten) Ärzte bzw. Psychotherapeuten sind von der Datenübermittlung ausgeschlossen.

Die nach § 31 Abs. 1 und Abs. 2 Ärzte-ZV ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen werden im Bundesarztregister nicht aufgeführt, so dass Daten zu den vorgenannten Einrichtungen nicht übermittelt werden können.

Daten über Leistungserbringer, die nicht im Bundesarztregister aufgeführt sind können nicht übermittelt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfüllt mit dieser Datenlieferung die gesetzlichen Verpflichtung des § 293 Abs. 4 SGB V im vertragsärztlichen Bereich.

2. WLE-Datei (Quelle: KV-Abrechnung)

Die Vertragsparteien nehmen zur Kenntnis, dass die in Abschnitt 2 § 4 genannte Datei der „Weiteren Leistungserbringer“ (WLE-Datei) die abrechnungsberechtigten Leistungserbringer erfasst, die nicht in Abschnitt 2 § 3 genannt sind.

Es handelt sich hier um Leistungserbringer, die aufgrund besonderer Regelungen im SGB V, im BMV oder in sonstigen Richtlinien ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen erbringen und diese mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen.

Dieser Leistungserbringer-Pool setzt sich aus Ärzten, Psychotherapeuten, Einrichtungen, Krankenhäusern, Krankenhausabteilungen, Polikliniken, Notfallambulanzen, Therapiezentren, Drogenambulanzen, Berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen, Bundeswehrkliniken, Gesundheitsämtern, Diakonissenanstalten, Einrichtungen zur

Schmerztherapie, Notfalldiensten, Rettungsdiensten, Reha-Zentren, klinischen Dialyse-Zentren, Instituten für Psychoanalyse und Psychotherapie etc zusammen.

Durch diese Leistungserbringer-Struktur können die Vorgaben in § 293 Abs. 4 Satz 2 SGB V nicht im vollen Umfang realisiert werden. Somit entfallen grundsätzlich die in § 293 Abs. 4 Satz 2 SGB V genannten Nrn. 2 (Hausarzt-/Facharzt-Kennung), 4 (Geschlecht), 5 (Titel), 8 (Geburtsdatum). Die Nrn. 6 und 7 (Name, Vorname) können nicht getrennt realisiert werden sondern müssen zu einer neuen Nr. 6 „Bezeichnung des Weiteren Leistungserbringers“ zusammengefasst werden. Die Nr. 1 muss die Bezeichnung „KV-Abrechnungsnummer des Weiteren Leistungserbringers“ erhalten. Die Angabe zu Nr. 14 (Gültigkeits-Ende) kann nicht sinnvoll realisiert werden, da eine Vielzahl von Berechtigungs-Verträgen seitens der Leistungserbringer stillschweigend beendet werden. Als Angabe zu Nr. 3 (Teilnahmestatus) kann wegen der extrem hohen Varianz der Leistungserbringer-Arten nur die Konstante „Weiterer Leistungserbringer“ geliefert werden. Siehe Abschnitt 2 § 4.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfüllt mit dieser Datenlieferung die gesetzliche Verpflichtung des § 293 Abs. 4 SGB V über den vertragsärztlichen Bereich hinaus.

3. Einzelfallnachweis

Im Einzelfallnachweis kann abweichend von der Regelung des § 1 Abs. 2 in den Fällen, in denen regelhaft kein Arzt-Patienten-Kontakt zu vermuten ist, neben der Krankenversichertennummer zusätzlich der Name sowie das Geburtdatum des Versicherten übermittelt werden. Fehlerhaft übermittelte Krankenversichertennummern führen in diesen Fällen zu keiner Abweisung seitens der Krankenkasse.

4. Übergangsregelungen zu den Pseudonummern der Anlage 1

Für die Behandlungsfälle bis einschließlich 4. Quartal 2012 finden die bis 31. Dezember 2012 in der Anlage 1 zum DTA-Vertrag geregelten Pseudonummern Anwendung.

Protokollnotiz zu § 14 Abs. 1

Die Identifikation der nach § 106 Abs. 5a Satz 7 SGB V vorab abzuziehenden Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V erfolgt auf Grundlage des übermittelten Datensatzes. Für Praxisbesonderheiten mit der Spezifikation "längstens (...) nach Akutereignis" ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code für die Berücksichtigung und die Fristberechnung maßgeblich. Für Praxisbesonderheiten mit der Spezifikation "Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3" ist alleine der ICD-10-GM-Code für die Berücksichtigung maßgeblich.

Protokollnotiz zu § 14 Abs. 2 und zu § 17 Abs. 2

Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass die Prüfungsstellen dem Arzt Verordnungen und Summen zu Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V und zu langfristig genehmigten Heilmitteln nach § 32 Abs. 1a SGB V im Datensatz kenntlich machen.

Protokollnotiz zu § 17 Abs. 2

Soweit bei der Zufälligkeitsprüfung entsprechend der regionalen Vereinbarungen Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V zu berücksichtigen sind, sind diese entsprechend der Protokollnotiz zu § 14 Abs. 1 zu behandeln.