

## **BESCHLUSS**

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz  
1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über  
die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch  
die Landesverbände der Krankenkassen über den  
GKV-Spitzenverband sowie durch den GKV-Spitzenverband an  
das Institut des Bewertungsausschusses  
zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87  
Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des  
Orientierungswertes für das Jahr 2014**

**mit Wirkung zum 1. Mai 2013**

---

### **Präambel**

Gemäß § 87 Abs. 2e 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. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 das Institut des Bewertungsausschusses mit vorbereitenden Auswertungen beauftragt.

Im Folgenden beschließt der Bewertungsausschuss Näheres zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der für die Auswertungen des Instituts des Bewertungsausschusses erforderlichen Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Landesverbände der Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband sowie durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses.

## **I. Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2012 in den Satzarten AST\_OW\_PRX, AST\_OW\_GOP, AST\_OW\_ARZT. Die Übermittlung der Daten der Quartale 1/2012, 2/2012 und 3/2012 erfolgt bis zum 24. Mai 2013. Die Lieferung der Daten des Quartals 4/2012 erfolgt bis zum 15. Juli 2013.

## **II. Anlassbezogene Übermittlung der kassenseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012**

Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten des Formblattes 3 gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 6 der Bundesmantelverträge für das Berichtsjahr 2012 an das Institut des Bewertungsausschusses.

Die Übermittlung der Daten der Quartale 1/2012, 2/2012 und 3/2012 erfolgt bis zum 24. Mai 2013. Die Lieferung der Daten des Quartals 4/2012 erfolgt bis zum 15. Juli 2013.

Die für das jeweilige Abrechnungsquartal geltende Struktur des XML-Formats sowie die jeweils geltende Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung übermittelt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Datenlieferung.

## **III. Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2011 und 2012**

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2014 wurde das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, den Bewertungsausschuss über verschiedene Einflussgrößen auf die Veränderung der tatsächlichen Vergütung (EGV + MGV) je EBM-Punkt von 2011 nach 2012 zu unterrichten (siehe Abschnitt I. Nr. 5. B. des oben genannten Beschlusses). Hierzu übermitteln die Landesverbände der Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die notwendigen Informationen. Dabei sind folgende Kategorien differenziert darzustellen:

1. Regionale Vereinbarungen zu EBM-Leistungen, die zu einer Verbesserung der arztseitigen Vergütung dieser EBM-Leistungen führen

2. Regionale Vereinbarungen zu EBM-Leistungen, die zu einer zusätzlichen Erhöhung der abgerechneten Menge dieser EBM-Leistungen führen
3. Regionale Vereinbarungen zur Vergütung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs
4. Regionale Vereinbarungen zur Überführung von Leistungen aus der MGV in die EGV bzw. regionale Vereinbarungen zur Überführung von Leistungen aus der EGV in die MGV

Dabei sind für Vereinbarungen der Kategorie 1 die Höhe der Finanzmittel für die Jahre 2011 und 2012 sowie die Veränderungen der Finanzmittel für das Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 anzugeben. Für Vereinbarungen der Kategorie 2 sind neben der Höhe der Finanzmittel auch die Höhe der Leistungsmengen (nach regionaler Euro-Gebührenordnung) für die Jahre 2011 und 2012 sowie die Veränderung der Finanzmittel des Jahres 2012 gegenüber dem Jahr 2011 anzugeben. In der Kategorie 3 werden Daten zur Höhe der Finanzmittel und der Leistungsmengen (nach regionaler Euro-Gebührenordnung) jeweils für die Jahre 2011 und 2012 benötigt. Für regionale Vereinbarungen der Kategorie 4 ist anzugeben, welche EBM-Leistungen mit Wirkung zum Jahr 2012 von der EGV in die MGV bzw. von der MGV in die EGV überführt worden sind. Bei einer Überführung in die EGV ist anzugeben, in welcher Höhe der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 abgesenkt worden ist. Bei einer Überführung in die MGV ist anzugeben, in welcher Höhe der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 erhöht worden ist.

Die Partner der Gesamtverträge übermitteln ihre Antworten bis zum 10. Juni 2013 an den GKV-Spitzenverband beziehungsweise an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, welche die Antworten dem Institut des Bewertungsausschusses bis zum 12. Juni 2013 zur Verfügung stellen.

#### **IV. Pseudonymisierung**

Die Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten nach diesem Beschluss erfolgt in der Weise, dass eine arzt- und praxisbezogene Zusammenführbarkeit der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß Abschnitt II und der Datenlieferung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gewährleistet ist.

Die Pseudonymisierung erfolgt auf der Grundlage des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der aktuell gültigen Fassung.

## **Anlagen:**

### Anlage 1

Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Lieferung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 (Satzarten AST\_OW\_PRX, AST\_OW\_ARZT, AST\_OW\_GOP)

### Anlage 2

Schlüsselverzeichnisse zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014

### Anlage 3

Fragenkatalog an die Partner der Gesamtverträge zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung für die Berichtsjahre 2011 und 2012.

# Anlage 1

## zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

### Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Lieferung der Abrechnungsstatistik der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014

### mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012

#### Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten.....	5
2	Dateibeschreibung.....	6
2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung .....	6
2.2	Format der Datenübertragung .....	6
3	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_PRX.....	7
4	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_GOP .....	9
5	Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_ARZT.....	13

## 1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

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

Spalte	Bedeutung
Feld Nr.	Fortlaufende Nummerierung der Felder innerhalb des 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

### 2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

*Satzart\_KV\_Quartal\_Erstellungsdatum.Endung*

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD 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. Zusätzlich zu den Nutzdatensätzen wird eine Liste der gelieferten Dateien mit deren MD5-Prüfsummen übermittelt.

### 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. 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.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung liefert dem Institut des Bewertungsausschusses die Daten auf CD, externer Festplatte oder sFTP unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

### 3 Satzbeschreibung – Satzart AST\_OW\_PRX

Dateiinhalt:					
Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis und Praxis_ID wird ein Datensatz geliefert.					
Die Felder 01 bis 03 stehen für die Gliederungsebenen (Primärschlüssel) und die Felder 04 bis 09 bilden die verschiedenen Kennzahlen ab.					

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 8
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

### **Erläuterungen zur Satzart AST\_OW\_PRX**

a) Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 20121.

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

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

c) Zu Datenfeld 03 (Praxis\_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gelieferten Satzart AST\_EBM\_PRX für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

d) Zu Datenfeld 09 (Honorar)

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



#### 4 Satzbeschreibung – Satzart AST\_OW\_GOP

##### Dateiinhalt:

Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis\_ID, GOP, Einheit, MGV-EGV-Kennzeichen und LANR-Pseudonym wird ein Datensatz geliefert.

Die Felder 01 bis 06 und 12 stehen für die Gliederungsebenen (Primärschlüssel) und die Felder 07 bis 11 bilden die verschiedenen Kennzahlen ab.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	Alphanum.	Konstant „AST_OW_GOP“
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	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 oder der EGV zuzuordnen ist 1 = MGV 2 = EGV 3 = Nicht vertragsgemäß in Anspruch genommene Leistungen Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Anzahl der Gebührenordnungsposition nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
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	Dezimal	Summe des rechnerischen Anteils des Honorarumsatzes der Arztpraxis in Euro
12	LANR-Pseudonym	M	40	Alphanum.	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 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 20121.

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

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

c) Zu Datenfeld 03 (Praxis\_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gelieferten Satzart AST\_EBM\_PRX für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

d) Zu Datenfeld 04 (GOP)

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

e) Zu Datenfeld 06 (MGV\_EGV\_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung sowie unabhängig davon, ob die Gebührenordnungsposition der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zuzuordnen ist – 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.

f) Zu Datenfeld 08 (LB\_Punkte)

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

g) Zu Datenfeld 09 (LB\_Euro)

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

h) 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.

i) Zu Datenfeld 11 (Honorar)

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

j) Zu Datenfeld 12 (LANR-Pseudonym)

Um Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und demselben Arzt der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gelieferten Satzart AST\_EBM\_ARZT für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

## 5 Satzbeschreibung – Satzart AST\_OW\_ARZT

### Dateiinhalt:

Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis\_ID und LANR-Pseudonym wird ein Datensatz geliefert.

Die Felder 01 bis 04 stehen für die Gliederungsebenen (Primärschlüssel) und die Felder 05 bis 08 bilden die verschiedenen Kennzahlen ab.

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

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feld- art</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feld- eigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
08	Anzahl der Arztfälle	M	≤ 9	Numerisch	Anzahl der Arztfälle des Arztes/Therapeuten in der Betriebsstätte

### **Erläuterungen zur Satzart AST\_OW\_ARZT**

a) Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 20121

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

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

c) Zu Datenfeld 03 (Praxis\_ID)

Um Praxen/Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und derselben Arztpraxis der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gelieferten Satzart AST\_EBM\_PRX für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

d) Zu Datenfeld 04 (LANR-Pseudonym)

Um Ärzte/Therapeuten eindeutig identifizieren zu können, ist ein und demselben Arzt der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung gelieferten Satzart AST\_EBM\_ARZT für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

## **Anlage 2**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Schlüsselverzeichnisse zu anlassbezogenen Datenlieferungen  
gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V der  
Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur  
Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs.  
2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des  
Orientierungswertes für das Jahr 2014**

#### **Schlüsselverzeichnis 2 – Kassenärztliche Vereinigungen**

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayerns
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen



### Schlüsselverzeichnis 3 – Valutaeinheit

Code	Bezeichnung
1	Punkte
2	Euro
5	Unbewertet

### Schlüsselverzeichnis 6 – Abrechnungsgruppen der Arztpraxis

ABRGR	Abrechnungsgruppe
0301	Allgemeinmediziner
0303	Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt)
0305	Hausärztliche Internisten
0309	Sonstige Hausärzte
0401	Kinder- und Jugendmedizin
0501	Anästhesiologie
0601	Augenheilkunde
0701	Chirurgie
0801	Gynäkologie
0901	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
1001	Hautarzt
1101	Humangenetik
1201	Laboratoriumsmedizin
1251	Laborgemeinschaften
1301	Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt
1311	Innere Medizin, SP Angiologie
1312	Innere Medizin, SP Endokrinologie
1313	Innere Medizin, SP Gastroenterologie
1314	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
1315	Innere Medizin, SP Kardiologie
1316	Innere Medizin, SP Nephrologie

<b>ABRGR</b>	<b>Abrechnungsgruppe</b>
1317	Innere Medizin, SP Pneumologie
1318	Innere Medizin, SP Rheumatologie
1351	Innere Medizin, schwerpunktübergreifend
1401	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
1501	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
1601	Neurologie
1602	Neurochirurgie
1621	Nervenheilkunde
1701	Nuklearmedizin
1801	Orthopädie
1901	Pathologie
2001	Phoniatrie und Pädaudiologie
2101	Psychiatrie
2201	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie
2202	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2211	Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2212	Ärztliche Psychotherapeuten
2301	Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2302	Psychologische Psychotherapeuten
2303	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2304	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten
2309	Fachgruppenübergreifende Praxen, nicht ärztliche Psychotherapeuten
2401	Radiologie
2501	Strahlentherapie
2601	Urologie
2701	Physikalische und Rehabilitative Medizin
9001	Einrichtungen nach § 311 SGB V
9002	Medizinische Versorgungszentren
9251	Fachwissenschaftler
9305	Arztgruppenübergreifende Praxen, hausärztlich
9306	Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich

<b>ABRGR</b>	<b>Abrechnungsgruppe</b>
9307	Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend
9308	Mammographie-Screening-Einheiten
9991	Sonstige Leistungserbringer

**Anmerkung:** Das Schlüsselverzeichnis findet auch für die Abrechnungsgruppe der Ärzte Anwendung.

## Schlüsselverzeichnis 8 – Organisationsform der Arztpraxis

Code	Bezeichnung
10	Einzelpraxis
11	Örtliche Gemeinschaftspraxis
12	Überörtliche Gemeinschaftspraxis
13	Teilgemeinschaftspraxis
14	KV-übergreifende Gemeinschaftspraxis
20	Einrichtung nach § 311 SGB V
21	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V
22	Medizinisches Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V und gleichzeitig Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft
23	Medizinisches Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V und gleichzeitig Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft
24	Medizinisches Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V und gleichzeitig Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft
30	Zweigpraxis
40	Ausgelagerte Praxisstelle
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	bis Q 4/2011: Kooperationsgemeinschaft nach § 23b BOÄ ab Q 1/2012: Kooperationsgemeinschaft nach Kapitel D II. Abschnitt Nr. 9 BOÄ
80	Laborgemeinschaft
90	Sonstige (Beispiele: Notdienstzentralen, Polikliniken, Rettungsdienst o.ä.)

## Schlüsselverzeichnis 9 – Versorgungsbereich

Code	Bezeichnung
0	Unbekannt/nicht zutreffend
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

## **Anlage 3**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses  
in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Fragenkatalog an die Partner der Gesamtverträge zu regional  
vereinbarten Vergütungsaspekten mit Wirkung für die  
Berichtsjahre 2011 und 2012.**

### **Deckblatt**

Name des Landesverbands der Krankenkasse / KV-Name:	
Ansprechpartner:	
Telefonnummer:	
E-Mail Adresse:	







### Kategorie 3

#### Höhe des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für 2011 und 2012

Finanzmittel 2011 (in Tsd. Euro)	Leistungsmenge 2011 (in Tsd. Euro)	Finanzmittel 2012 (in Tsd. Euro)	Leistungsmenge 2012 (in Tsd. Euro)

### Kategorie 4

#### Überführung von Leistungen von der MGV in die EGV bzw. von der EGV in die MGV mit Wirkung für das Jahr 2012

Gebühren- ordnungs- position	Kurzbeschreibung	Zuordnung der GOP im Jahr 2011 (MGV oder EGV)	Zuordnung der GOP im Jahr 2012 (MGV oder EGV)	Vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs 2012 aufgrund Überführung der GOP. Bei Überführung in die EGV ist ein negativer Wert anzugeben (in Tsd. Euro)

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Landesverbände der Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband sowie durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 1. Mai 2013**

---

### **1 Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 SGB V einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses gefasst. Anlass der Datenlieferung ist die Erfüllung des Auftrags des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß Beschluss aus der 34. Sitzung am 19. März 2013. Das Institut des Bewertungsausschusses wird in diesem Beschluss mit Auswertungen beauftragt, die der Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 dienen.

Der vorliegende Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der für die Bearbeitung dieses Auftrags zusätzlich erforderlichen Datenlieferungen.

### **2 Aufbau des Beschlusses**

Der Beschluss legt in den Abschnitten I bis III Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses fest. Diese anlassbezogenen Datenlieferungen sind als befristete Datenlieferungen angelegt, welche sich für die Datenlieferungen gemäß Abschnitt I und II auf das Berichtsjahr 2012, für die Datenlieferungen gemäß Abschnitt III auf die Berichtsjahre 2011 und 2012 beziehen.

In Abschnitt IV wird die Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten und die Zusammenführbarkeit des Datenkörpers nach diesem Beschluss mit dem Datenkörper gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung geregelt.

### **3 Regelungshintergründe**

#### **3.1 Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012**

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, die Veränderung der Praxiskosten, der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit, der Vergütung je EBM-Punkt sowie des StaBS-Punktzahlvolumens vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu ermitteln. Die dafür notwendigen Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits vor. In Abschnitt I wird die Übermittlung der entsprechenden Daten für das Berichtsjahr 2012 festgelegt.

#### **3.2 Anlassbezogene Übermittlung der kassenseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für das Berichtsjahr 2012**

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, die Veränderung der Vergütung je EBM-Punkt vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 zu ermitteln. In Abschnitt II wird daher die Übermittlung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Formblatt 3) für das Berichtsjahr 2012 durch den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses geregelt. Die Daten des Berichtsjahres 2011 liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits vor.

#### **3.3 Daten zu regionalen vereinbarten Vergütungsaspekten für das Berichtsjahr 2011 und 2012**

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ist das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt worden, bei der Ermittlung der Veränderung der Vergütung je EBM-Punkt vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 den Einfluss von regional vereinbarten Vergütungsaspekten zu berichten. Um diesen Auftrag erfüllen zu können, benötigt das Institut des Bewertungsausschusses Informationen zu regionalen Vereinbarungen, die zu einer Verbesserung der arztseitigen Vergütung von EBM-Leistungen oder zu einer Erhöhung der abgerechneten Menge von EBM-Leistungen führen. Darüber hinaus werden Informationen zu regionalen Vereinbarungen zur Vergütung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie zur Überführung von EBM-Leistungen aus der

MGV in die EGV bzw. aus der EGV in die MGV benötigt. In Abschnitt III wird daher die Übermittlung von Daten zu diesen regionalen Vergütungsaspekten für die Berichtsjahre 2011 und 2012 geregelt.

Anhand des in Anlage 3 des vorliegenden Beschlusses abgebildeten Fragenkatalogs übermitteln die Landesverbände der Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 10. Juni 2013 die notwendigen Informationen. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen dem Institut des Bewertungsausschusses die entsprechenden Informationen bis zum 12. Juni 2013 zur Verfügung.

### **3.4 Pseudonymisierung**

§ 87 Absatz 3f Satz 1 SGB V schreibt die Pseudonymisierung arzt- und versichertenbezogener Daten, die an den Bewertungsausschuss geliefert werden, vor. Abschnitt IV regelt daher die Pseudonymisierung der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung. Die Pseudonymisierung erfolgt auf der Grundlage des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der aktuell gültigen Fassung.

### **3.5 Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Mai 2013 in Kraft.