

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 327. 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 Krankenkassen
über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V**

mit Wirkung zum 1. Mai 2014

Präambel

Gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen und diesen insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen anzupassen, soweit diese Sachverhalte nicht bereits im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) erfasst bzw. berücksichtigt worden sind. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben hat das Institut des Bewertungsausschusses im Jahr 2013 gemäß Auftrag des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 ein datengestütztes Verfahren zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g SGB V entwickelt. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013 beschlossen, dass dieses Verfahren insbesondere für die Festlegung der Veränderung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 in seiner Wirkungsweise überprüft und ggf. angepasst werden soll.

Als Grundlage für die Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 beschließt der Bewertungsausschuss Näheres zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die gesetzlichen Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses.

I. Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2013

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt korrigierte Daten der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2012 in den Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP und AST_OW_ARZT bis zum 2. Juni 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses, sofern diese Daten gegenüber dem Stand aus der entsprechenden Datenlieferung gemäß Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen aktuelleren Stand aufweisen.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_GOP und AST_OW_ARZT auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand für die Berichts quartale 1/2013 bis 3/2013 bis zum 2. Juni 2014 und für das Berichts quartal 4/2013 bis zum 15. Juli 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses.
3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 1 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung. Die Schlüsselverzeichnisse sind in Anlage 2 geregelt.

II. Anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2013

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt korrigierte Daten des Formblattes 3 gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2012 bis zum 2. Juni 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten des Formblattes 3 gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand für die Berichts quartale 1/2013 bis 3/2013 bis zum 2. Juni 2014 und für das Berichts quartal 4/2013 bis zum 15. Juli 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses.
3. Gemeinsam mit den Datenlieferungen nach Nr. 2 übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2013 die für das jeweilige Berichts quartal geltende Struktur des XML-Formats sowie die jeweils geltende Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung.

III. Anlassbezogene Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2013

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erheben
 - a) für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2012 die Höhe der im jeweiligen Berichts quartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden Bereinigungsbeträge und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsbeträge in Euro sowie
 - b) für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2013 die Höhe der im jeweiligen Berichts quartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden bzw. der

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeträge und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsbeträge in Euro

aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossene Selektivverträge. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die für die Berichts quartale 1/2012 bis 3/2013 erhobenen Daten bis zum 26. Mai 2014 und die für das Berichts quartal 4/2013 erhobenen Daten bis zum 8. Juli 2014 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sofern die Beträge nach Satz 1 lit. a) und b) von denjenigen MGV-(Differenz-)Bereinigungsbeträgen bzw. deklaratorischen Bereinigungsbeträgen abweichen, die in dem nach Abschnitt II. übermittelten Formblatt 3 in den Vorgängen 990 bis 993 sowie 995 bis 998 ausgewiesen sind. Die Datenerhebung und -übermittlung nach Satz 1 und 2 erfolgt differenziert nach Kassenarten sowie differenziert danach, ob es sich um eine tatsächliche Bereinigung bzw. Differenzbereinigung oder um eine deklaratorische Bereinigung handelt.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die nach Nr. 1 an sie übermittelten Daten zusammen und leitet diese, differenziert nach Berichts quartal, gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenarten und Art des Bereinigungsverfahrens, für die Berichts quartale 1/2012 bis 3/2013 bis zum 2. Juni 2014 und für das Berichts quartal 4/2013 bis zum 15. Juli 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

3. Die Krankenkassen erheben

- a) für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2012 die Höhe der im jeweiligen Berichts quartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden Bereinigungsbeträge und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsbeträge in Euro sowie
- b) für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2013 die Höhe der im jeweiligen Berichts quartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsbeträge und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsbeträge in Euro

aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossene Selektivverträge. Die Krankenkassen übermitteln die erhobenen Daten gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister für die Berichts quartale 1/2012 bis 3/2013 bis zum 26. Mai 2014 und für das Berichts quartal 4/2013 bis zum 8. Juli 2014 an den GKV-Spitzenverband. Die Datenerhebung und -übermittlung nach Satz 1 und 2 erfolgt differenziert nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie differenziert danach, ob es sich um eine tatsächliche Bereinigung bzw. Differenzbereinigung oder um eine deklaratorische Bereinigung handelt.

4. Der GKV-Spitzenverband führt die nach Nr. 3 an ihn übermittelten Daten zusammen und leitet diese, differenziert nach Berichts quartal, gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenarten und Art des Bereinigungsverfahrens, für die Berichts quartale 1/2012 bis 3/2013 bis zum 2. Juni 2014 und für das Berichts quartal 4/2013 bis zum 15. Juli 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

IV. 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., anlassbezogener Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie anlassbezogener Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gewährleistet ist.
2. Die Pseudonymisierung erfolgt auf der Grundlage des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß Anlage 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

V. Zweckbindung

Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können die Daten nach den Abschnitten I. bis III. durch das Institut des Bewertungsausschusses auch zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 stehen.

VI. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V werden die Daten nach den Abschnitten I. bis III. beim Institut des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre. Nach Abschluss der Auswertungen, spätestens jedoch nach Lieferung und erfolgreicher Qualitätssicherung der Daten des jeweils nächsten Berichtsjahres, werden die Daten des am weitesten zurückliegenden Berichtsjahres gelöscht. Dieser Prozess wiederholt sich in den Folgejahren entsprechend.

Anlagen:

- Anlage 1 Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V (Satzarten AST_OW_PRX, AST_OW_ARZT, AST_OW_GOP)
- Anlage 2 Schlüsselverzeichnisse zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

(Stand: 28.04.2014)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	6
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	12

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

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 und ohne führende Nullen. 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.

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:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis und Praxis_ID wird 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 (Primärschlüssel-Eigenschaft).

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

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 Arztpraxen)

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 der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 gelieferten Satzart AST_OW_PRX für das Berichtsjahr 2011 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:	
<p>Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis_ID, GOP, Einheit, MGV-EGV-Kennzeichen und LANR-Pseudonym wird ein Datensatz geliefert.</p> <p>Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 mit 12 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p>	

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
07	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	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	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 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 der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 gelieferten Satzart

AST_EBM_PRX für das Berichtsjahr 2011 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 der gleiche eindeutige Schlüssel wie in der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 gelieferten Satzart AST_EBM_ARZT für das Berichtsjahr 2011 zuzuweisen (Längsschnitteigenschaft).

5 Satzbeschreibung – Satzart AST_OW_ARZT

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxis, Praxis_ID und LANR-Pseudonym wird 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 (Primärschlüssel-Eigenschaft).

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 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).

c) 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).

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 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Schlüsselverzeichnisse zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

(Stand: 28.04.2014)

Inhalt

Schlüsselverzeichnis 2 – Kassenärztliche Vereinigungen.....	15
Schlüsselverzeichnis 3 – Valutaeinheit.....	15
Schlüsselverzeichnis 6 – Abrechnungsgruppen der Arztpraxis.....	15
Schlüsselverzeichnis 8 – Organisationsform der Arztpraxis.....	17
Schlüsselverzeichnis 9 – Versorgungsbereich.....	18
Schlüsselverzeichnis 10 – Teilnahmestatus des Arztes.....	18
Schlüsselverzeichnis 11 – Teilnahmeumfang des Arztes	19

Schlüsselverzeichnis 2 – Kassenärztliche Vereinigungen

Code	Bezeichnung
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

ABRGR	Abrechnungsgruppe
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
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

ABRGR	Abrechnungsgruppe
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
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

Code	Bezeichnung
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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 327. 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 Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung zum 1. Mai 2014

1 Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Abs. 3f 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 Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für die Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V.

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

2 Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in den Abschnitten I. bis III. anlassbezogene Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses fest. Diese Datenlieferungen sind als befristete Datenlieferungen angelegt, welche sich auf die Berichtsquartale 1/2012 bis 4/2013 beziehen.

In Abschnitt IV. wird die Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Daten der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung gemäß vorliegendem Beschluss und deren Zusammenführbarkeit mit der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2011 gemäß Beschluss des Bewertungsaus-

schusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 sowie mit der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2012 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geregelt.

Abschnitt V. regelt den Verwendungszweck der anlassbezogenen Datenlieferungen nach dem vorliegenden Beschluss.

In Abschnitt VI. werden Aufbewahrungsfristen sowie die Löschung der anlassbezogenen Daten nach dem vorliegenden Beschluss geregelt.

3 Regelungshintergründe

3.1 Anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung für die Berichtsquartale 1/2012 bis 4/2013

Die in Abschnitt I. geregelte anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung dient insbesondere der Ermittlung der Veränderung der Praxiskosten, der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit, der Vergütung je EBM-Punkt sowie des StaBS-Punktzahlvolumens vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013. Die Daten der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für das Berichtsjahr 2012 liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bereits auf der Grundlage einer Erstdatenlieferung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vor. Um sicherzustellen, dass das Institut des Bewertungsausschusses seine Auswertungen auf möglichst aktuellen Daten durchführen kann, erfolgt – sofern notwendig – eine Korrekturlieferung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses für das Berichtsjahr 2012. Darüber hinaus wird die Übermittlung der entsprechenden Daten für das Berichtsjahr 2013 in zwei Tranchen festgelegt.

3.2 Anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 mit Wirkung für die Berichtsquartale 1/2012 bis 4/2013

Die in Abschnitt II. geregelte anlassbezogene Übermittlung des Formblattes 3 dient insbesondere der Ermittlung der Veränderung der Vergütung je EBM-Punkt vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013. Das Formblatt 3 für das Berichtsjahr 2012 liegt dem Institut des Bewertungsausschusses bereits auf der Grundlage einer Erstdatenlieferung durch den GKV-Spitzenverband gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vor. Für diese Daten erfolgt nun – sofern notwendig – eine Korrekturlieferung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung für das Berichtsjahr 2012. Darüber hinaus wird die Übermittlung

der entsprechenden Daten für das Berichtsjahr 2013 in zwei Tranchen festgelegt. Da dem GKV-Spitzenverband in der Regel keine Korrekturdaten zum Formblatt 3 zur Verfügung stehen, welche dieser an das Institut des Bewertungsausschusses weiterleiten könnte, erfolgt die Datenübermittlung an das Institut des Bewertungsausschusses – anders als noch im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geregelt – nunmehr generell durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Diese erhält regelhaft korrigierte Formblatt 3-Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

3.3 Anlassbezogene Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2013

Die in Abschnitt III. geregelte anlassbezogene Übermittlung von Bereinigungsbeträgen bzw. 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 Nichteinbeziehung der Tätigkeit im Rahmen von Selektivverträgen sowie der Ermittlung der Veränderung der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit und des StaBS-Punktzahlvolumens vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013. Grundsätzlich werden die Bereinigungsbeträge im Formblatt 3 in den Vorgängen 990 bis 993 sowie 995 bis 998 ausgewiesen. Erfahrungsgemäß entsprechen diese Werte jedoch nicht immer den tatsächlich auf Landesebene vereinbarten Bereinigungsbeträgen. Deshalb übermitteln einerseits die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und andererseits die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses die tatsächlichen Bereinigungsbeträge bzw. Differenzbereinigungsbeträge sowie deklaratorischen Bereinigungsbeträge in zwei Tranchen für die Berichts quartale 1/2012 bis 4/2013. Die Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen können sich hierbei auf diejenigen Bereinigungsbeträge beschränken, welche von den im aktuellen Formblatt 3 ausgewiesenen Werten abweichen.

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 arzt- und praxisbezogener Daten 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), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der aktuell gültigen Fassung.

3.5 Zweckbindung

Abschnitt V. ermöglicht es dem Institut des Bewertungsausschusses, die im vorliegenden Beschluss geregelten anlassbezogenen Datenlieferungen auch für Verwendungszwecke außerhalb der Arbeiten im Zusammenhang mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2015 zu nutzen. Hierunter fallen insbesondere Berechnungen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung und Evaluation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Der mögliche Zusatzaufwand für weitere anlassbezogene Datenlieferungen lässt sich hierdurch deutlich begrenzen.

3.6 Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

In Abschnitt VI. werden Aufbewahrungs- und Löschfristen für die Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung, das Formblatt 3 und die Daten zu Bereinigungsbeträgen geregelt. Für die Umsetzung der Aufgaben gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V richtet sich die Aufbewahrungsfrist beim Institut des Bewertungsausschusses nach dem jeweiligen Verwendungszweck und beträgt längstens zehn Jahre. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist erfolgt für die Daten des am weitesten zurückliegenden Berichtsjahres eine Löschung.

3.7 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Mai 2014 in Kraft.