

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. April 2015

In dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 20. Mai 2015 unter www.institut-ba.de] wurde in der Anlage 9 im Abschnitt 2.6 die Gebührenordnungsposition 11232 korrekterweise durch die Gebührenordnungsposition 11233 ersetzt. In Abschnitt III. Nr. 1 Satz 1 des Beschlusses wurden die Wörter „in der Satzart ARZTRG87aKA“ gestrichen. In Abschnitt III. Nr. 4 wurden nach dem Wort „Datenlieferungen“ die Wörter „für die Satzarten“ eingefügt. Das Erratum vom 4. Juni 2015 erfolgt vor dem Hintergrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 6. Mai 2015 unter www.institut-ba.de] zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), welcher die Streichung der Gebührenordnungsposition 11232 und stattdessen die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 11233 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 vorsieht. Außerdem wurde eine redaktionell fehlerhafte Zusammenführung von Beschlussinhalten korrigiert.

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu 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 und die Datenstelle des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der in §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben

mit Wirkung zum 1. April 2015

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der für die Umsetzung der in §§ 87, 87a SGB V vorgesehenen Aufgaben erforderlichen Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Gegenstand dieses Beschlusses sind auch die erforderlichen

Datenübermittlungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V i. V. m. § 87 Abs. 3f Satz 2 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses. In Abhängigkeit von Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V umfasst der Verwendungszweck der im Folgenden beschlossenen Datenlieferungen auch die Umsetzung der in § 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben des Bewertungsausschusses. Bereits beschlossene Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V bleiben unberührt, soweit sich aus diesem Beschluss keine Änderungen ergeben.

I. Befristung und Aufhebung von bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses

1. Der Bewertungsausschuss beschließt die Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
 - in Bezug auf die Abschnitte I. und VIII. mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich zu dem Berichtsjahr 2013,
 - in Bezug auf die Abschnitte II. bis V. mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich zu dem Berichtsjahr 2014.
2. Der Bewertungsausschuss beschließt die Befristung von Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung für Datenlieferungen bis zu dem Berichtsquartal 4/2015 sowie die Aufhebung von Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011.

II. Fortschreibung von Datenerhebungen zur bundesweiten Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

1. Der Bewertungsausschuss beschließt die Fortschreibung der durch den Bewertungsausschuss in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Erhebung der Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014.
2. Die Stichprobenauswahl zur Übermittlung versichertenvollständiger Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten als kalenderjährlich rollierendes Panel und umfasst die in Anlage 1 bezeichneten Kalendertage eines jeden Monats. Der Auftrag des Instituts des Bewertungsausschusses zur Prüfung der Angemessenheit der Stichprobengröße in Bezug auf die vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben gemäß Teil A, Abschnitt I. Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bleibt unberührt. Die Anlage 1 ist anzupassen, soweit sich aus dem Ergebnis dieses Prüfauftrags die Notwendigkeit einer Änderung der Stichprobengröße ergibt.
3. Die Krankenkassen übermitteln jährlich für die vier Berichtsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) die pseudonymisierten Versicherten-

stammdaten in den Satzarten 200 und 201 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister jeweils bis zum 15. Oktober des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2014 bis zum 15. Oktober 2015. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch den GKV-Spitzenverband vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen.

Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Krankenkassen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband zu liefern sind.

Der GKV-Spitzenverband leitet die zusammengeführten Daten in den Satzarten 200 und 201 jährlich jeweils bis zum 15. November an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter. Darüber hinaus übermittelt der GKV-Spitzenverband die aktuellen Kostenträgerstammdaten für den jeweiligen Berichtszeitraum in den Satzarten 219 und 220 nochmals turnusmäßig quartalsweise zum Stichtag des ersten Kalendertages eines Quartals an die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie an das Institut des Bewertungsausschusses.

4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt jährlich für die vier Berichtsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in den Satzarten 202, 203 und 210 sowie die, soweit vorgesehen pseudonymisierten, vertragsärztlichen Stammdaten in den Satzarten 211, 213 und 215 jeweils bis zum 15. November an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2014 bis zum 15. November 2015.
5. Die Datenstelle des Bewertungsausschusses führt die gemäß Nr. 3 erhaltenen Versichertenstammdaten mit den gemäß Nr. 4 erhaltenen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zusammen, erstellt hierzu in Zusammenarbeit mit dem Institut des Bewertungsausschusses Qualitätssicherungsauswertungen und stellt diese in Form von kassen-spezifischen und KV-spezifischen Übersichten bis zum 10. Dezember des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung.

Der GKV-Spitzenverband fordert unter Berücksichtigung dieser Auswertungen bei Bedarf korrigierte Daten von den Krankenkassen an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband zu liefern sind.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermitteln bei Bedarf bis zum 20. Januar des übernächsten auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres Korrekturen zu den gemäß den Nrn. 3 und 4 gelieferten Daten in Form einer Austauschlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

6. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 2 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
7. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

III. Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 die Daten der arztseitigen Rechnungslegung, die Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG und die Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am ersten Tag des sechsten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 am 1. September 2015.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach Nr. 1 erhobenen Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI am 15. Tag des sechsten auf den Berichtszeitraum folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.
3. Bei formalen oder inhaltlichen Fehlern erfolgen Korrekturlieferungen zu Daten gemäß Nr. 1 innerhalb einer Frist von bis zu einem Monat nach erstmaligem Liefertermin unverzüglich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die diese am 15. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats weiterleitet. Später festgestellte formale oder inhaltliche Fehler melden die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V gemeinsam und einvernehmlich über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an und lösen diese durch Übermittlung von Korrekturlieferungen zu den Lieferterminen gemäß Nr. 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die diese zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß Nr. 2 weiterleitet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert bei Korrekturlieferungen wenn möglich über den jeweiligen bedarfsauslösenden Grund der Lieferung. Das Institut des Bewertungsausschusses erfasst angemeldete Korrekturbedarfe nach Satz 2 sowie bedarfsauslösende Gründe nach Satz 3 soweit möglich in einer Fehler- und Korrekturliste, gleicht diese mit den Eingängen von Korrekturlieferungen ab und übermittelt diese Informationen an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses.
4. Die Datenlieferungen für die Satzarten nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 3 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
5. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

IV. Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGVAufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

1. Die Krankenkassen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am 10. Tag des

siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband, für die Berichtsquartale 1/2014 bis 4/2014 hiervon abweichend am 12. Oktober 2015. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und leitet diese jeweils am 20. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, für die Berichtsquartale 1/2014 bis 4/2014 hiervon abweichend am 20. Oktober 2015.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014 die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am 10. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, für die Berichtsquartale 1/2014 bis 4/2014 hiervon abweichend am 12. Oktober 2015. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet diese Daten jeweils am 20. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, für die Berichtsquartale 1/2014 bis 4/2014 hiervon abweichend am 20. Oktober 2015.
3. Bei formalen oder inhaltlichen Fehlern erfolgen Korrekturlieferungen der Daten gemäß den Nrn. 1 und 2 innerhalb einer Frist von bis zu einem Monat nach erstmaligem Liefertermin unverzüglich an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die diese am 20. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats weiterleiten. Später festgestellte formale oder inhaltliche Fehler melden die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V gemeinsam und einvernehmlich über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an und lösen diese durch Übermittlung von Korrekturlieferungen zu den Lieferterminen gemäß den Nrn. 1 und 2 an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die diese zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß den Nrn. 1 und 2 weiterleiten. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses informieren bei Korrekturlieferungen wenn möglich über den jeweiligen bedarfsauslösenden Grund der Lieferung. Das Institut des Bewertungsausschusses erfasst angemeldete Korrekturbedarfe nach Satz 2 sowie bedarfsauslösende Gründe nach Satz 3 soweit möglich in einer Fehler- und Korrekturliste, gleicht diese mit den Eingängen von Korrekturlieferungen ab und übermittelt diese Informationen an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses.
4. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen in der Satzart KASSRG87aMGV gemäß der in Anlage 4 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
5. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

V. Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 die Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten AST_ABRGR und AST_ABRGR_GOP jeweils bis zum fünften Tag des zehnten auf das Berichtsquartal (Berichtszeitraum) folgenden Monats an das

Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 bis zum 5. Januar 2016.

2. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 5 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
3. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VI. Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015

1. Der GKV-Spitzenverband übermittelt jährlich mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 die altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM6 zum Erhebungstichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres jeweils bis zum 15. August des Kalenderjahres an das Institut des Bewertungsausschusses, frühestens jedoch zwei Arbeitstage nach Abgabe der Statistik an das Bundesministerium für Gesundheit.
2. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen bei Bedarf.
3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 6 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
4. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VII. Übermittlung von monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassen-spezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016

1. Die Krankenkassen melden quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 die zu den Erhebungstichtagen nach Nr. 5 zu erfassenden monatlichen Versichertenzahlen sowie die durchschnittlichen Versichertenzahlen des zu meldenden Quartals, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, jeweils zum 10. Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER87a an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2016 zum 10. April 2016. Liegen zum Zeitpunkt der turnusmäßigen Datenerhebung einige oder alle Versichertenzahlen einer Krankenkasse für das zu meldende Berichtsquartal nicht vor, so übermitteln die betreffenden Krankenkassen Missing-Werte anstelle der Versichertenzahlen, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und meldet geprüfte und aufbe-

reitete Daten jeweils zum 20. Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER87a_IK an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Die Meldung der Zahl der Versicherten nach Nr. 1 erfolgt separat für Versicherte mit Wohnort in Deutschland, für Versicherte mit Wohnort im Ausland und für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben. Zusätzlich wird die Zahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk übermittelt. Die nach Satz 1 vorgesehene Meldung der Zahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland sowie der Zahl der Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V erfolgt, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist.
3. Die Zuordnung der Zahl der Versicherten nach Nr. 1 zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungsstichtagen nach Nr. 5 in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Daten. Weicht der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V (Familierversicherung) von dem Wohnort des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.
4. Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versichertenzahlen nach Nr. 1 zu bestimmen.
5. Erhebungsstichtag für die Zahl der Versicherten nach Nr. 1 ist der erste Tag eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. Tag des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungsstichtag betreffen, zu berücksichtigen (dies gilt auch für Korrekturmeldungen).
6. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen zur Auflösung der zum Zeitpunkt der turnusmäßigen Datenerhebung fehlenden Werte (Missing-Kennzeichen) sowie darüber hinaus bei Bedarf.
7. Das Institut des Bewertungsausschusses nimmt eine Plausibilitätsprüfung der nach diesem Abschnitt vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_IK u. a. unter Berücksichtigung der nach Abschnitt VIII. vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM1 sowie der nach Abschnitt VI. vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM6 vor und berichtet die Ergebnisse dieser Prüfung im Bewertungsausschuss. Hierbei sind Korrekturlieferungen nach Nr. 6, Abschnitt VI. Nr. 2 und Abschnitt VIII. Nr. 2 zu berücksichtigen.
8. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
9. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VIII. Übermittlung von monatlichen Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 3/2015

1. Der GKV-Spitzenverband übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 3/2015 die monatlichen kassenartenbezogenen Versichertenzahlen gemäß amtlicher KM1-Statistik jeweils zum fünften Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER_KM1 an das Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit dem Berichtsquartal 3/2015 zum 5. Oktober 2015.
2. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen bei Bedarf.
3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 8 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.
4. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

IX. Übermittlung der Stammtabelle der Gebührenordnungspositionen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2012

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2012 (Berichtszeitraum) die Stammtabelle der Gebührenordnungspositionen einschließlich der regional definierten Positionen gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte jeweils bis zum 15. Tag des sechsten auf den Berichtszeitraum folgenden Monats an das Institut des Bewertungsausschusses, für die Berichtsquartale 1/2012 bis 3/2014 hiervon abweichend bis zum 15. Juni 2015.

X. Pseudonymisierung

1. Der Bewertungsausschuss beschließt zur Umsetzung dieses Beschlusses sowie vorhergehender Beschlüsse die Anpassung des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß der Anlage 9.
2. Bei Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zu weiteren Datenübermittlungen oder zu sonstigen Änderungen ist das Pseudonymisierungsverfahren gegebenenfalls anzupassen.

XI. Schlüsselverzeichnisse

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

Anlagen:

- Anlage 1 Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2007
- Anlage 2 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 (Satzarten 200, 201, 202, 203, 210, 211, 213, 215, 219, 220)
- Anlage 3 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 (Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI)
- Anlage 4 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014 (Satzart KASSRG87aMGV)
- Anlage 5 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 (Satzarten AST_ABRGR, AST_ABRGR_GOP)
- Anlage 6 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015 (Satzart ANZVER_KM6)
- Anlage 7 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 (Satzarten ANZVER87a, ANZVER87a_IK)
- Anlage 8 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 3/2015 (Satzart ANZVER_KM1)
- Anlage 9 Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2007

(Stand: 1. April 2015)

Für die Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe wird ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Geburtstagen, wie folgt konzipiert:

Berichtsjahre 2007-2009

- Kalendertage 3, 10, 17, 24

Berichtsjahr 2010

- Kalendertage 3, 10, 17, 24 (wie Berichtsjahre 2007 bis 2009)
- zusätzlich: Kalendertage 4 und 11

Berichtsjahr 2011

- Kalendertage 3, 10, 17, 24, 4, 11 (wie Berichtsjahr 2010)
- zusätzlich: Kalendertag 18

Berichtsjahr 2012

- Kalendertage 3, 10, 17, 24, 4, 11, 18 (wie Berichtsjahr 2011)
- zusätzlich: Kalendertag 25

Berichtsjahr 2013

- Wegfall der Kalendertage 3 und 10
- Kalendertage 17, 24, 4, 11, 18, 25 (wie Berichtsjahr 2012)
- zusätzlich: Kalendertag 5

Berichtsjahr 2014

- Wegfall des Kalendertages 17
- Kalendertage 24, 4, 11, 18, 25, 5 (wie Berichtsjahr 2013)
- zusätzlich: Kalendertag 12

Berichtsjahr 2015

- Wegfall des Kalendertages 24
- Kalendertage 4, 11, 18, 25, 5, 12 (wie Berichtsjahr 2014)
- zusätzlich: Kalendertag 19

Berichtsjahr 2016

- Wegfall des Kalendertages 4
- Kalendertage 11, 18, 25, 5, 12, 19 (wie Berichtsjahr 2015)
- zusätzlich: Kalendertag 26

Das rollierende Panel wird nach dem hier beschriebenen Konzept über das Berichtsjahr 2016 hinaus fortgeschrieben, indem die Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2017 jährlich um einen weiteren Geburtstag eines jeden Monats ergänzt und jährlich der jeweils „älteste“ Geburtstag aus dem Auswahlverfahren entfernt wird. Hierbei werden die Auswahlgeburtstage 1, 29, 30 und 31 nicht in die Auswahl einbezogen.

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	3.	10.	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.	26.	6.	13.
2007														
2008														
2009														
2010														
2011														
2012														
2013														
2014														
2015														
2016														
2017														
2018														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	5.	12.	19.	26.	6.	13.	20.	27.	2.	9.	16.	23.	28.	8.
2019														
2020														
2021														
2022														
2023														
2024														
2025														
2026														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	2.	9.	16.	23.	28.	8.	15.	22.	7.	14.	21.	3.	10.	17.
2027														
2028														
2029														
2030														
2031														
2032														
2033														
2034														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	7.	14.	21.	3.	10.	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.
2035														
2036														
2037														
2038														
2039														
2040 ff.	Analog 2013 ff.													

Für die Auswahlgeburtstage 3, 10, 17 und 24 wird ein gemeinsamer Schlüssel für die Pseudonymisierung von Versichertennummern auf der ersten Stufe verwendet. Für alle anderen Auswahlgeburtstage gilt jeweils ein eigener Schlüssel. Das Nähere zur Pseudonymisierung ist in Anlage 9 geregelt.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	14
2	Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren	14
3	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.....	14
4	Satzart 200 – Versichertennummern	16
5	Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten.....	17
6	Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	21
7	Satzart 203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen).....	23
8	Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	25
9	Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis.....	27
10	Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei.....	29
11	Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei	30
12	Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm).....	31
13	Satzart 220 – Kostenträgerhistorie	32
14	Hinweise zur Verarbeitung der Daten.....	34

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“ oder „alphanum.“)
Inhalt/Erläuterung	weitere Erläuterungen, Lieferhinweise etc. für das jeweilige Feld

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

2 Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren

Die Pseudonymisierung der Versichertennummer(n) bzw. der PersonenID erfolgt in Abhängigkeit vom jeweiligen Kalendertag des Geburtstages mit teils unterschiedlichen Schlüsseln. Für die Auswahlgeburtstage 3, 10, 17 und 24 wird ein gemeinsamer Schlüssel für die Pseudonymisierung von Versichertennummern und PersonenID auf der ersten Stufe verwendet. Für alle anderen Auswahlgeburtstage gilt jeweils ein eigener Schlüssel auf der ersten Stufe. Das Nähere zum Pseudonymisierungsverfahren ist der Anlage 9 zu entnehmen.

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses

Jeder Datensatz ist mit carriage return/line feed (alternativ gem. Unix-Konventionen nur line feed) abzuschließen, d. h. je Datensatz ist eine neue Zeile in den Dateien zu verwenden. Als Zeichensatz wird der Zeichencode gem. ISO 8859-1 festgelegt.

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

Dateinamen:

Verfahrensart:	einstellig, S = Stichprobe
Satzart:	dreistellig, 200 usw.
Von-Periode:	dreistellig, Format: JJQ;
Bis-Periode:	dreistellig, Format: JJQ;
IK	neunstellig
	Institutionskennzeichen des Datenlieferanten bzw. KBVfrKVnn = KBV für KV mit KV-Nummer
Lieferdatum:	achtstellig, Dateierstellungsdatum im Format JJJJMMTT
Version:	zweistellig, Versionsnummer im Format ZZ, Nummerierung mit führenden Nullen

Beispiel: S202141141KBVfrKV032015111501
Stichprobe der ambulanten Fall-Daten für das 1. Quartal 2014 von der KBV für die KV Bremen, Dateierstellung am 15.11.2015, Dateierfassung mit Version 01

Fehlerverfahren:

Die Datenstelle des Bewertungsausschusses kommuniziert aufgetretene Fehler umgehend gemäß Betriebsverfahrenshandbuch mit dem Datenlieferanten.

4 Satzart 200 – Versichertennummern

Dateiinhalte:
<p>Abgrenzung: Für jeden in der Satzart 201 (Versichertenstammdaten) für ein Versicherungsquartal angegebenen Versicherten ist in der Satzart 200 für jede bekannte herkömmliche, noch nicht den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V entsprechende Krankenversicherungsnummer („alte Versichertennummer“) ein Datensatz zu übermitteln. Es sind mehrere Datensätze je Krankenkasse, Versicherten und Quartal möglich.</p> <p>Versichertennummern werden nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats).</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 03, 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „200“
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ aus Feld 01 der Satzart 201
02	Kassensitz- IK	M	9	alphanum.	Das in der Satzart 201 verwendete Kassensitz- IK gemäß Schlüsselverzeichnis 8
03	KVK- IK	M	9	alphanum.	Das Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte des Versicherten
04	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 – 10) der lebenslangen Versichertennummer aus Feld 03 der Satzart 201
05	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats).
06	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten wie in der Satzart 201 Feld 13, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern.

5 Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jeden Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer (pseudonymisiert als PersonenID) wird je Quartal, in dem er versichert war, und je Kassensitz-IK ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V („betreute Versicherte“) sind einzubeziehen.</p> <p>Die Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) werden anhand eines Geburtstagsstichprobenverfahrens selektiert. Diesem Verfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind in Anlage 1 aufgeführt.</p> <p>Die lebenslange Versichertennummer wird nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Auswahlgeburtstag (Tag des Monats). Herkömmliche, noch nicht den Anforderungen des § 290 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechende Krankenversichertennummern („alte Versichertennummern“) werden in der Satzart 200 angegeben.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „201“
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Kassensitz- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8 für das dritte Quartal des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres mit Stand zum 31. August des Jahres
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 – 10) der lebenslangen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
04	Anzahl Versicherten-tage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal Hier ist die Anzahl der Tage im Quartal zu liefern, an denen das Versicherungsverhältnis, das durch den Primärschlüssel dieser Satzart definiert ist, bestand.
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich)
06	Geburtsjahr und -quartal	M	5	alphanum.	Geburtsjahr und -quartal im Format JJJJQ bei unbekanntem Quartal Q=0 (z. B. 19730)
07	Versicher-tenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner Bei Veränderungen innerhalb des Quar-tals die aktuellste Angabe
08	Postleitzahl des Wohnor-tes	M	5	alphanum.	Die PLZ wird, inkl. führender Nullen, voll-ständig übertragen, bei Veränderungen innerhalb des Quartals die zuletzt gültige Angabe. Bei Wohnausländern ist PLZ="AUSLA" anzugeben.
09	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffen- den Quartal verstorben ist. 1 = verstorben 0 = sonst
10	Kennzeichen Bereini-gungs-relevanz	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im Versiche-rungsquartal an mindestens einem in Be-zug auf den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bereinigungs-relevanten Selektivvertrag gem. §§ 63, 73b, 73c oder 140a ff. SGB V teilgenom-men hat 1 = ja 0 = nein
11	Kennzeichen selektivver-traglicher Abrech-nungsweg	m	1	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 10 der Wert „1“ übermittelt wird, ist anzugeben, ob die selektivvertragliche Abrechnung vollständiger Bestandteil der EFN-Daten gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte ist. 1 = Abrechnung der von den an der ver-tragsärztlichen Versorgung teilnehmen- den Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen erfolgt vollständig über die KV und ist vollständi-ger Bestandteil der EFN-Daten gemäß

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte 2 = sonst
12	Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags	M	1	numerisch	<p>Unabhängig von der Angabe in Feld 10 ist anzugeben, in welchem Ausmaß ein vollständiger oder unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag – vor dem Hintergrund der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme des Versicherten an einem oder mehreren Selektivverträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V – im Versicherungsquartal vorliegt.</p> <p>1 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist vollständig 2 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich vollständig 3 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig 4 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist sowohl in Bezug auf hausärztlichen als auch fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig</p> <p>Hinweis: Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.</p>
13	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern.
14	Kostenübernahme	M	1	numerisch	<p>Angabe, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt:</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
15	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person, abgeleitet aus der Postleitzahl. Bei Veränderungen innerhalb des Quartals die zuletzt gültige Angabe.

Erläuterungen zur Satzart 201

Zu Datenfeld 15 (Wohnort-KV):

Die Zuordnung der Zahl der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungstichtagen in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahlen des Wohnortes über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen mit Stand zum dritten Quartal des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres. Weicht der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V (Familienversicherung) von dem des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind in dieser Datenlieferung dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.

6 Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalte:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä von Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe. Behandlungsfälle von Direktabrechnern werden nicht übermittelt. Dem Geburtstagsstichprobenverfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind in Anlage 1 aufgeführt.</p> <p>Primärschlüssel: Das Feld 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart 202 (KV-Fall) mit der Satzart 203 (Diagnosen) und der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen). Die Felder 01, 05 und 06 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart 211 (Betriebsstättenverzeichnis).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 bis 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „202“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversicherungskarte. Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
07	LB_Punkte	M	≤13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten
08	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
09	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen
10	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
11	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern.

7 Satzart 203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose eines Behandlungsfalls aus Satzart 202 (KV-Fall) ein Datensatz.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 die Satzart 203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart 202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „203“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversicherungskarte. Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall
05	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen beginnend mit „1“
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe eines Diagnose-Codes wie in der Abrechnung enthalten

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
08	Seitenlokalisierung	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts

8 Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart 202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.</p> <p>Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit Eigenanteilen der Patienten werden nicht bewertet übermittelt.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 die Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart 202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 08 und 11 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p> <p>Es können abrechnungsbedingte Abweichungen zwischen den Einträgen in Feld 08 bzw. Feld 11 zu den jeweiligen Stammdateneinträgen (Satzart 215, Felder 05, 06 bzw. 08, 09) bestehen.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „210“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversicherungskarte Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall
05	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit 1
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet
08	Leistungsbedarf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07 an
09	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 08: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
10	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall
11	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07

9 Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird je Betriebsstätte des jeweiligen KV-Bereichs ein Datensatz geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	Konstant „211“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt.
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte (vierstellig) gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend
06	Praxistyp_VS	M	2	numerisch	Kennzeichen des Praxistyps: 10 = Einzelpraxis 11 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach-/schwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fachübergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwerpunktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					50 = Krankenhaus 90 = Sonstige

10 Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind ICD-10-Diagnosen, die im Rahmen der Abrechnung verwendet werden können und nach SGB V zulässig sind.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	Konstant „213“
01	Gültigkeitszeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes
02	ICD-10-Code	M	$\geq 3, \leq 7$	alphanum.	Gültiger ICD-10-Code gem. SGB V
03	Text	M	≤ 255	alphanum.	Klartext des ICD-10-Codes
04	Notationskennzeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !

11 Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

Dateiinhalte:
Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition, die in einem Quartal des jeweiligen KV-Bereichs gültig ist, wird ein Datensatz geliefert.
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.
Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 05, 06, 08, 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „215“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung 1 = BMÄ 2 = E-GO
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
05	GOP-Wert ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent
06	GOP-Wert stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent
07	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
08	LB_EURO_GO ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent

12 Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: In der Satzart 219 teilt der GKV-Spitzenverband der Datenstelle des Bewertungsausschusses die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse – diese identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK – mit. Der Primärschlüssel wird aus den Feldern 01 und 03 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „219“
01	KVK-IK	M	9	numerisch	Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen
02	Kassensitz-IK	M	9	numerisch	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)
03	Stand	M	8	numerisch	Stand der Datenlieferung im Format JJJJMMTT

13 Satzart 220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart 219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart 220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. Der Primärschlüssel wird aus dem Feld 01 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „220“
01	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK gemäß Satzart 219
02	Kostenträger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 01
03	Gültig ab	M	8	numerisch	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagesgenau (Format JJJJMMTT)
04	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJJMMTT), „99991231“ falls aktuell gültig
05	IK des direkten Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des direkten Rechtsnachfolgers
06	Name des direkten Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des direkten Rechtsnachfolgers
07	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des aktuellen Rechtsnachfolgers
09	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers
10	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1
11	Fusionsstufe	M	≤ 2	numerisch	<p>1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 05-10 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt.</p> <p>2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger und stimmen mit den Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger in den Feldern 08-10 überein.</p> <p>3, 4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 08-10 enthalten die Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.</p>
12	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 2, nur angegeben für den Datensatz eines gültigen aktuellen Rechtsnachfolgers mit der jeweils höchsten Fusionsstufe (1 entspricht der höchsten Stufe)
13	Stand	M	8	numerisch	Stand der Datenlieferung im Format JJJJMMTT

14 Hinweise zur Verarbeitung der Daten

In diesem Abschnitt sind einige Verarbeitungshinweise aufgelistet, die zu beachten sind.

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhält die erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) und der Betriebsstätten (Betriebsstättennummer) wird von den KVen entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt.
2. Der GKV-Spitzenverband erhält die erforderlichen Daten von den Krankenkassen nach einem vom GKV-Spitzenverband eigenständig abzustimmenden sicheren Übermittlungsverfahren. Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) wird von den Krankenkassen entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt.
3. KBV und GKV-Spitzenverband pseudonymisieren entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren erneut und übermitteln die Daten gemäß den Satzarten jeweils an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.
4. Die Zusammenführung und Qualitätssicherung der versichertenbezogenen Abrechnungs- und Stammdaten erfolgt in der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach den Vorgaben der AG IT.

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	36
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	36
1.2	Format der Datenübertragung	36
2	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA	37
3	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG	40
4	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI	41

1 Dateibeschreibung

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselferzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Pro KV nach Arztsitz (Satzart ARZTRG87aKA) bzw. pro gesamtvertragszuständiger KV (Satzarten ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI) und Berichtsperiode (Berichtsquartal) wird eine Datei geliefert.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern die Daten in den Satzarten ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI sowie die Daten der arztseitigen Rechnungslegung je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die Daten in den Satzarten ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI und ARZTRG87aKA je KV und je Berichtsperiode an den GKV-Spitzenverband sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

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

1.2 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.

2 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), KV am Ort der Arztpraxis, Gebührenordnungsposition, KzWert, MGV-EGV-Kennzeichen, NVA-Kennzeichen und Leistungssegmentkennzeichen wird höchstens ein Datensatz geliefert.

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

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 07 mit 09 bis 12 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aKA“
01	VKNR	M	5	Alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
02	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
03	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
04	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
05	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (WOP-KV) gemäß Schlüsselverzeichnis 2
06	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
07	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
08	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
09	KzWert	M	1	Numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) gemäß Schlüsselverzeichnis 3

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
10	MGV_EGV_KZ	M	1	Numerisch	Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV oder der EGV zuzuordnen ist 0 = ohne Zuordnung 1 = MGV 2 = EGV 3 = Nicht vertragsgemäß in Anspruch genommene Leistungen Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab.
11	NVA_KZ	M	1	Numerisch	Angabe, ob die Gebührenordnungsposition als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen gekennzeichnet ist. 0 = keine NVA-Kennzeichnung 1 = NVA-Kennzeichnung
12	Leistungs-segment-kennzeichen	M	≤ 10	Alphanum.	Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4
13	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
14	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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	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
16	Honorar	M	13,2	Dezimal	Summe des arztseitigen Honorars in Euro

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA

a) Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV)

Die Zuordnung der gesamtvertragszuständigen KV erfolgt nach dem Wohnortprinzip. Wohnausländer werden dem für den Gesamtvertrag zuständigen KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet.

b) Zu Datenfeld 10 (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.

c) Zu Datenfeld 13 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 14 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 15 (LB_EURO_GO)

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

f) Zu Datenfeld 16 (Honorar)

Es ist das arztseitige Honorar für die Behandlung von GKV-Versicherten vor Abzug von Verwaltungskosten und vor Abzug von Patientenzuzahlungen zu übermitteln.

3 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV) und GOP wird ein Datensatz geliefert.

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aREG“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (WOP-KV) gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen, die gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im jeweiligen Abrechnungsquartal (mindestens für eine Krankenkasse) der MGV zuzuordnen ist, auch wenn diese Gebührenordnungsposition unter bestimmten Umständen außerhalb der MGV vergütet wird

4 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), GOP und KV am Ort der Arztpraxis wird höchstens ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 mit 09 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aNVI“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJQ
02	VKNR	M	5	Alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
03	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal
04	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
05	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (WOP-KV) gemäß Schlüsselverzeichnis 2
06	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
07	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP
08	LB_EURO_GO aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme	M	13,2	Dezimal	Summe des auf die Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallenden Leistungsbedarfs je GOP laut regionaler Euro-Gebührenordnung, wie von der KV im Rahmen des gesonderten NVI-Leistungsnachweises übermittelt, in Euro. Das Feld bildet die Regelungen in der gesamtvertragszuständigen KV ab.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI

Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV):

Die Zuordnung der gesamtvertragszuständigen KV erfolgt nach dem Wohnortprinzip. Wohnausländer werden dem für den Gesamtvertrag zuständigen KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet.

Anlage 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	44
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	44
1.2	Format der Datenübertragung	44
2	Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV	45

1 Dateibeschreibung

Die in der Satzart aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Die Krankenkassen liefern die Daten je Berichtsperiode und Kassensitz-IK an den GKV-Spitzenverband.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei ist das Kassensitz-IK gemäß Schlüsselverzeichnis 8 anzugeben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern die Daten je KV und Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Der GKV-Spitzenverband leitet die zusammengeführten Daten je KV und je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die Daten je KV und je Berichtsperiode an den GKV-Spitzenverband sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

In allen Fällen ist dabei das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

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

1.2 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.

2 Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Von dem jeweiligen Datenlieferanten wird pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV) mit Ausnahme von Satz 2 genau ein Datensatz geliefert. Für diejenigen Kombinationen aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), für welche in den Feldern 18, 20 und 21 der Satzart ANZVER87a (unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen) in der Summe 0 übermittelt wurde, müssen keine Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV übermittelt werden.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „KASSRG87aMGV“
01	Datenlieferant	M	1	Alphanum.	Kennzeichnung des originären Lieferanten der Satzart A = KV K = Krankenkasse
02	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
03	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
04	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (WOP-KV) gemäß Schlüsselverzeichnis 2
05	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal	M	1	Numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 06 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
06	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal	m	13,1	Dezimal	Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, bewertet in Punkten

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal	M	1	Numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 08 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
08	Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis)	m	13,1	Dezimal	Für den Fall, dass in Feld 07 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 06, bewertet in Punkten
09	Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal	M	1	Numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 10 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
10	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 09 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV

a) Zu Datenfeld 04 (Gesamtvertragszuständige KV)

Die Zuordnung der gesamtvertragszuständigen KV erfolgt nach dem Wohnortprinzip. Wohnausländer werden dem für den Gesamtvertrag zuständigen KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet.

b) Zu Datenfeld 05 (Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal)

Wert „1“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt um einen endgültig von den Gesamtpartnern abgestimmten bzw. vom Schiedsamt festgelegten Wert handelt.

Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.

Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für den vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt. Dieser Fall sollte die absolute Ausnahme darstellen, denn in der Regel liegt für den vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zumindest ein vorläufiger Wert vor, der zu übermitteln ist.

c) Zu Datenfeld 06 (Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal)

Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf umfasst die Gesamtheit des in Bezug auf das Folgejahresquartal basiswirksamen und nicht basiswirksamen Behandlungsbedarfs. Für zum Erhebungszeitpunkt fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

d) Zu Datenfeld 07 (Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal)

Wert „1“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt um einen endgültig von den Gesamtvertragspartnern abgestimmten bzw. vom Schiedsamt festgelegten Wert handelt.

Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.

Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für den basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt. Dieser Fall sollte die absolute Ausnahme darstellen, denn in der Regel liegt für den basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zumindest ein vorläufiger Wert vor, der zu übermitteln ist.

e) Zu Datenfeld 08 (Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis))

Der basiswirksam vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf umfasst nur denjenigen Anteil des Behandlungsbedarfs, der in Bezug auf das Folgejahresquartal basiswirksam vereinbart wurde. Für zum Erhebungszeitpunkt fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

f) Zu Datenfeld 09 (Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal)

Wert „1“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei der Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt um einen endgültig von den Gesamtvertragspartnern abgestimmten bzw. vom Schiedsamt festgelegten Wert handelt.

Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei der Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.

Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für die Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt.

g) Zu Datenfeld 10 (Versichertenzahl im Abrechnungsquartal)

Die Versichertenzahl entspricht grundsätzlich der Zahl der Versicherten und Wohnausländer, wie sie in der gültigen Lieferung der Satzart ANZVER87a übermittelt wurde. Abweichungen sind aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen zu besonderen Versicherungsgруппen möglich. Für zum Erhebungszeitpunkt fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Anlage 5

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	50
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	50
1.2	Format der Datenübertragung	50
2	Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR	51
3	Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP	52

1 Dateibeschreibung

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselferzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 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.

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

1.2 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.

2 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR

Dateiinhalt:

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

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

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	Alphanum.	Konstant „AST_ABRGR“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxen	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Abrechnungsgruppe	M	4	Alphanum.	Abrechnungsgruppe der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 6
04	Anzahl_Praxen	M	≤ 9	Numerisch	Anzahl der Arztpraxen
05	Anzahl_Aerzte	M	≤ 9	Numerisch	Anzahl der Ärzte
06	Anzahl_Behandlungsfaelle	M	≤ 9	Numerisch	Anzahl der Behandlungsfälle
07	Anzahl_Arztfaelle	M	≤ 9	Numerisch	Anzahl der Arztfälle der Ärzte in den Arztpraxen

3 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP

Dateiinhalt:					
<p>Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxen, Abrechnungsgruppe, GOP, Einheit und MGV-EGV-Kennzeichen wird höchstens ein Datensatz geliefert. Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>					

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	Alphanum.	Konstant „AST_ABRGR_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxen	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Abrechnungsgruppe	M	4	Alphanum.	Abrechnungsgruppe der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 6
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 0 = ohne Zuordnung 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	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

Erläuterungen zur Satzart AST_ABRGR_GOP

a) Zu Datenfeld 04 (GOP)

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

b) Zu Datenfeld 06 (MGV_EGV_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im jeweiligen KV-Bereich 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 gesamtvertragsgestützten KV.

c) Zu Datenfeld 08 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 09 (LB_Euro)

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

e) 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.

Anlage 6

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2015

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	56
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	56
1.2	Format der Datenübertragung	56
2	Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6	57

1 Dateibeschreibung

Die in der Satzart aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselferzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_Jahr_Erstellungsdatum.Endung

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

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

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausenderpunkt und ohne 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.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Kalenderjahr, Betriebsnummer, Wohnort-KV und Alters- und Geschlechtsklasse wird ein Datensatz geliefert.
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	Alphanum.	Konstant „ANZVER_KM6“
01	Kalenderjahr	M	4	Numerisch	Kalenderjahr, auf welches sich die Stichtagserhebung der Versichertenzahlen zum 1. Juli eines Jahres bezieht, im Format JJJJ
02	Betriebsnummer	M	8	Alphanum.	Betriebsnummer der Krankenkasse
03	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten gemäß Schlüsselverzeichnis 2, Wohnausländer werden dem Code „AU“ zugeordnet
04	Alters- und Geschlechtsklasse	M	5	Alphanum.	Alters- und Geschlechtsklasse gemäß Schlüsselverzeichnis 7
05	Anzahl der Versicherten	M	≤ 8	Numerisch	Anzahl der Versicherten zum Erhebungstichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres

Erläuterungen zur Satzart ANZVER_KM6

Zu Datenfeld 02 (Betriebsnummer):

Geliefert wird das in der amtlichen KM6-Statistik enthaltene Ordnungsmerkmal Betriebsnummer. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Institut des Bewertungsausschusses bei der Zuordnung der Betriebsnummer zum Kassensitz-IK.

Anlage 7

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	59
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	59
1.2	Format der Datenübertragung	59
2	Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a	60
3	Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a_IK	68

1 Dateibeschreibung

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselferzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Die Krankenkassen liefern die Daten in der Satzart ANZVER87a quartalsweise an den GKV-Spitzenverband.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_Erstellungsdatum.Endung

Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und liefert die geprüften und aufbereiteten Daten in der Satzart ANZVER87a_IK an das Institut des Bewertungsausschusses und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Kassenart_000000000_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(ANZVER87a, ANZVER87a_IK),
KV zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2,
Kassensitz-IK neunstellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 8,
Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),
Quartal fünfstellig numerisch
(20161, 20162, ...),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausenderpunkt und ohne 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.

Bei den Datenlieferungen ist in den Feld-Nrn. 06 bis 21 eine kaufmännische Rundung auf 0 Nachkommastellen vorzunehmen.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungs-IK, Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern.

Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	Alphanum.	Konstant „ANZVER87a“
01	Erstellungsdatum	M	8	Numerisch	Erstellungsdatum der einzelnen Erst-/Korrekturdatenlieferungen im Format JJJJMMTT
02	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	Quartal	M	5	Numerisch	Quartal im Format JJJJQ
04	KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person.
05	Kennzeichen Anzahl Versicherte und betreute Personen	M	4	Numerisch	Angabe zu den Werten in den Feldern 06 bis 21 als Vektordarstellung. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 1 = erhobener Wert 2 = fehlender Wert zum Erhebungszeitpunkt 3 = nicht gelieferter Wert aufgrund Verständigung der Partner der Gesamtverträge Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 4 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = Angabe zu den Feldern 06, 10, 14, 18 2 = Angabe zu den Feldern 07, 11, 15, 19 3 = Angabe zu den Feldern 08, 12, 16, 20 4 = Angabe zu den Feldern

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					09, 13, 17, 21 In den Stellen 1 und 4 des Vektors ist die Ausprägung „3“ unzulässig. Der Vektor hat eine feste Breite von genau 4 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.
06	Anzahl Versicherte im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
07	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ersten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 06 im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
08	Anzahl Wohnausländer im ersten Monat	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
	des Quartals				<p>Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.</p> <p>Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
09	Anzahl betreuter Personen im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
10	Anzahl Versicherte im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.).</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
11	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im zwei-	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der Versicherten mit</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
	ten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)				Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 10 im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
12	Anzahl Wohnausländer im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
13	Anzahl betreuter Personen im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
14	Anzahl Versicherte im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
15	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im dritten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 14 im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
16	Anzahl Wohnausländer im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länder-

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					<p>kennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.).</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.</p> <p>Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
17	Anzahl betreuter Personen im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.).</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
18	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk.</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
19	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Aus-</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					weis zu Feld 18. Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
20	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
21	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
22	Kassenart	M	2	Alphanum.	Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals gemäß Schlüsselverzeichnis 1

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a

Zu Feldern 06 bis 21 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis/Wohnausländer/betreute Personen):

Die Meldung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Zahl der Versicherten erfolgt im quartalsweisen Lieferturnus separat für

- a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Felder 06, 10, 14, 18),
- b) Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 07, 11, 15, 19),
- c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 08, 12, 16, 20) sowie
- d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Felder 09, 13, 17, 21).

Die Zuordnung der Zahl der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungsstichtagen in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahlen des Wohnortes über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen. Weicht der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V (Familienversicherung) von dem des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind in dieser Datenlieferung dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.

Erhebungsstichtag für die Zahl der Versicherten ist der erste Tag eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. Tag des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungsstichtag betreffen, zu berücksichtigen (dies gilt auch für Korrekturmeldungen).

Sollten bestimmte Werte zum Zeitpunkt der Datenlieferung aus irgendwelchen Gründen fehlen oder aufgrund einer Verständigung der Partner der Gesamtverträge nicht gemeldet werden, so ist an deren Stelle ein leeres Feld zu übermitteln (Missing-Kennzeichen), d. h. mit zwei direkt aufeinander folgenden Feldtrennzeichen bzw. einem unmittelbar auf ein Feldtrennzeichen folgenden Zeilentrennzeichen. Felder, zu denen inhaltlich keine Versicherten zu melden sind, müssen hingegen korrekt mit einer 0 übermittelt werden.

Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versichertenzahlen, definiert als Summe der Monatswerte geteilt durch die Anzahl der Monate ohne Missingwert zu bestimmen.

3 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a_IK

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Abrechnungs-IK, Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern.

Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ANZVER87a_IK“
01	Erstellungsdatum	M	8	Numerisch	Erstellungsdatum der einzelnen Erst-/Korrekturdatenlieferungen im Format JJJJMMTT
02	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	Quartal	M	5	Numerisch	Quartal im Format JJJJQ
04	KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person, zugeordnet jeweils nach der in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahl über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen; bei Wohnausländern Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Sitz der Krankenkasse.
05	Kennzeichen Anzahl Versicherte und betreute Personen	M	4	Numerisch	Angabe zu den Werten in den Feldern 06 bis 21 als Vektordarstellung. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 1 = erhobener Wert 2 = fehlender Wert zum Erhebungszeitpunkt 3 = nicht gelieferter Wert aufgrund Verständigung der Partner der Gesamtverträge Die Positionen der Elemente

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					<p>des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 4 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert:</p> <p>1 = Angabe zu den Feldern 06, 10, 14, 18</p> <p>2 = Angabe zu den Feldern 07, 11, 15, 19</p> <p>3 = Angabe zu den Feldern 08, 12, 16, 20</p> <p>4 = Angabe zu den Feldern 09, 13, 17, 21</p> <p>In den Stellen 1 und 4 des Vektors ist die Ausprägung „3“ unzulässig.</p> <p>Der Vektor hat eine feste Breite von genau 4 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.</p>
06	Anzahl Versicherte im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
07	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ersten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 06 im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
08	Anzahl Wohnausländer im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
09	Anzahl betreuter Personen im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
10	Anzahl Versicherte im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
11	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im zweiten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 10 im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
12	Anzahl Wohnausländer im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
13	Anzahl betreuter Personen im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
14	Anzahl Versicherte im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
15	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im dritten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 14 im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					chen).
16	Anzahl Wohnausländer im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.).</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.</p> <p>Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
17	Anzahl betreuter Personen im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.).</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
18	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk.</p> <p>Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
19	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 18.</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.</p> <p>Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
20	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse).</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge.</p> <p>Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).</p>
21	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Perso-	m	≤ 8	Numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird:</p> <p>Durchschnittliche quartalsbe-</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
	nen				zogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
22	Kassenart	M	2	Alphanum.	Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals gemäß Schlüsselverzeichnis 1
23	Verarbeitungskennzeichen 1	M	9	Alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu das IK des logischen Empfängers auf Kassenseite.
24	Verarbeitungskennzeichen 2	M	2	Alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu die Kassenart des logischen Empfängers auf Kassenseite.

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a_IK

Zu Feldern 06 bis 21 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis/Wohnausländer/betreute Personen):

Die Meldung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Zahl der Versicherten erfolgt im quartalsweisen Lieferturnus separat für

- Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Felder 06, 10, 14, 18),
- Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 07, 11, 15, 19),
- Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 08, 12, 16, 20) sowie
- im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Felder 09, 13, 17, 21).

Die Zuordnung der Zahl der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungsstichtagen in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahlen des Wohnortes über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen. Weicht der Wohnort des Versi-

cherten nach § 10 SGB V (Familierversicherung) von dem des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind in dieser Datenlieferung dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.

Erhebungstichtag für die Zahl der Versicherten ist der erste Tag eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. Tag des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungstichtag betreffen, zu berücksichtigen (dies gilt auch für Korrekturmeldungen).

Sollten bestimmte Werte zum Zeitpunkt der Datenlieferung aus irgendwelchen Gründen fehlen oder aufgrund einer Verständigung der Partner der Gesamtverträge nicht gemeldet werden, so ist an deren Stelle ein leeres Feld zu übermitteln (Missing-Kennzeichen), d. h. mit zwei direkt aufeinander folgenden Feldtrennzeichen bzw. einem unmittelbar auf ein Feldtrennzeichen folgenden Zeilentrennzeichen. Felder, zu denen inhaltlich keine Versicherten zu melden sind, müssen hingegen korrekt mit einer 0 übermittelt werden.

Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versichertenzahlen, definiert als Summe der Monatswerte geteilt durch die Anzahl der Monate ohne Missingwert zu bestimmen.

Anlage 8

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen
Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik
mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 3/2015**

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

1	Dateibeschreibung	78
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	78
1.2	Format der Datenübertragung	78
2	Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM1	79

1 Dateibeschreibung

Das in der Satzart aufgeführte Schlüsselverzeichnis ist in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben. Als Endung ist csv zu verwenden.

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

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

1.2 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.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM1

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Monat und Kassenart wird ein Datensatz geliefert.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 und 02 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	Alphanum.	Konstant „ANZVER_KM1“
01	Monat	M	6	Numerisch	Monat im Format JJJJMM
02	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kassenart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
03	Anzahl Mitglieder	M	≤ 8	Numerisch	Anzahl der Mitglieder gemäß Schlüsselnummer 10999 der amtlichen KM1-Statistik
04	Anzahl Versicherte	M	≤ 8	Numerisch	Anzahl der Versicherten gemäß Schlüsselnummer 12099 der amtlichen KM1-Statistik

Anlage 9

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

**Version: 7.0
(Stand: 1. April 2015)**

Inhalt

1	Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Datenübermittlungen mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen.....	83
1.1	Geburtstagsstichprobe (GSP)	83
1.2	Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner	83
1.3	Daten zu Selektivverträgen	84
1.4	Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe (GSPA)	84
1.5	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST-Daten)	85
1.5.1	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die geplante EBM-Reform (AST_EBM-Daten).....	85
1.5.2	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes (AST_OW-Daten)	86
1.5.3	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der GOP 06225 in den EBM (AST_AUG-Daten)	86
2	Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen	87
2.1	Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	88
2.2	Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtstagsstichprobe“	90
2.3	Pseudonymisierungsverfahren der „GSPR“	90
2.4	Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“	91
2.5	Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“)	92
2.6	Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung.....	93
3	Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen.....	95

4	Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren	97
4.1	Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160	97
4.2	Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe	97
4.2.1	Krankenkassenspezifische Versichertennummer sowie Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte.....	97
4.2.2	Lebenslange Arztnummer (LANR).....	99
4.2.3	Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)	99
4.3	Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe	99
4.4	Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe	100
4.4.1	Pseudonymisierung von KVNR, eGK und BSNR.....	100
4.4.2	Pseudonymisierung der Fall_ID	100
4.5	Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt	101
5	Schlüsselmanagement	105
5.1	Schlüsselerzeugung	105
5.2	Logistik der Schlüsselverteilung	105
5.3	Gültigkeit von Schlüsseln	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	87
Abbildung 2:	Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute	88
Abbildung 3:	Zweistufiges Pseudonymisierungsverfahren ohne Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch die pseudonymisierten Attribute	89
Abbildung 4:	Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)	101
Abbildung 5:	Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)	102
Abbildung 6:	Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (BSNR).....	103
Abbildung 7:	Ablauf Pseudonymisierung Fall_ID	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „Geburtstagsstichprobe“	90
Tabelle 2:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „GSPR“	91
Tabelle 3:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Datenlieferung aus Selektivverträgen	92
Tabelle 4:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“)	93
Tabelle 5:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung	95
Tabelle 6	Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen	96

1 Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Datenübermittlungen mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen

Zur Umsetzung der in §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben wurden neue Datenlieferungen mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen vom Bewertungsausschuss bzw. Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen.

Für diese Beschlüsse und Datenlieferungen gelten die nachfolgend beschriebenen Pseudonymisierungsverfahren. Sie stellen sicher, dass die jeweiligen Datenempfänger personenbezogene Angaben keiner Klartextpersonnummer zuordnen können, sondern diese lediglich anhand eines Pseudonyms voneinander unterscheidbar und in genau definierten Fällen auch zwischen verschiedenen Datenlieferungen zusammenführbar sind.

1.1 Geburtstagsstichprobe (GSP)

Grundlage für die Übermittlung der „Geburtstagsstichprobe“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung¹, fortgeschrieben durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung², den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung³, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung⁴, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung⁵ sowie durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)⁶. Diese Beschlüsse legen die Übermittlung einer Versichertenstichprobe von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen beginnend mit dem 1. Quartal 2007 fest („Geburtstagsstichprobe“).

1.2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner

Grundlage für die Übermittlung der „Regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung⁷, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung⁸, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (Teil A)⁹, geändert durch den Beschluss des Be-

¹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009 zu Datenlieferungen für das Jahr 2007 und 2008 gemäß §§ 87, 87a-c SGB V an die Datenstelle des Bewertungsausschusses

² Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010, Teil E, Abschnitt 1.1.1, Nr. 3 (Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe auf das Jahr 2009)

³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A (Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe auf das Jahr 2010)

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Abschnitt I. (Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011)

⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014)

⁷ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 (GSPR für die Berichtsjahre 2007 bis 2010)

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPR für die Berichtsjahre 2007 bis 2010)

⁹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A (GSPR ab dem Berichtszeitraum 2008 bis 2010)

wertungsausschusses in seiner 308. Sitzung¹⁰ sowie durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)¹¹. Darin wird jeweils festgelegt, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der Geburtstagsstichprobe (vgl. Abschnitt 1.1) bereitzustellen, die diese den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen.

1.3 Daten zu Selektivverträgen

Grundlage für die Übermittlung der „Selektivvertragsdaten“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung¹², fortgeschrieben durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung¹³, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung¹⁴, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung¹⁵, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung¹⁶, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung¹⁷, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung¹⁸ sowie der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung (Teil A)¹⁹. Diese Beschlüsse legen die Datenlieferungen der „Selektivvertragsdaten“ für die Jahre 2009 bis 2014 fest.

1.4 Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe (GSPA)

Grundlage für die anlassbezogene Übermittlung einer um Merkmale und Satzarten angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform ist der Beschluss des Bewertungs-

¹⁰ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPR ab dem Berichtszeitraum 2009 bis 2011)

¹¹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPR ab dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013)

¹² Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009 zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses (SV-Daten für das Berichtsjahr 2009)

¹³ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009, Teil II, Abschnitt 2.8 (SV-Daten für das Berichtsjahr 2010)

¹⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil B (SV-Daten für das Berichtsjahr 2010)

¹⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010, Teil B zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁷ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gemäß § 87 Abs. 3f SGB V zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V und von Daten zur Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch Teilnehmer an Selektivverträgen an das Institut des Bewertungsausschusses für die Jahre 2011 und 2012 sowie zur Pseudonymisierung in den vorgenannten Datenübermittlungen

¹⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁹ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 (Teil A) (SV-Daten für die Berichtsjahre 2013 und 2014)

ausschusses in seiner 295. Sitzung²⁰ sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 351. Sitzung²¹. Diese Beschlüsse regeln anlassbezogene Datenlieferungen im Zusammenhang mit der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 bzw. der humangenetischen Leistungen. Die Übermittlung eines Teils der GSPA – pseudonymisierte vertragsarztbezogene Abrechnungsdaten (Satzart 210A) sowie pseudonymisierte betriebsstättenbezogene Stammdaten (Satzart 211A) – ab dem Berichtsjahr 2012 erfolgt auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung²². Dieser Beschluss regelt die Vorgaben für das Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V.

1.5 Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST-Daten)

Die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung erfolgt für die verschiedenen Berichtsjahre vor dem Hintergrund unterschiedlicher Verwendungszusammenhänge. Dies drückt sich sowohl in einem an den jeweiligen Verwendungszweck angepassten Umfang und Inhalt der übermittelten Satzarten als auch in der jeweiligen Bezeichnung des Datenkörpers aus (AST_EBM-Daten, AST_OW-Daten bzw. AST_AUG-Daten). Nach derzeitiger Beschlusslage umfasst die anlassbezogene arzt- und praxisvollständige Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung die Berichtsjahre 2011 bis 2014 sowie das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform und wird ggf. fortgeführt. Ein Teil der AST_EBM-Daten – pseudonymisierte arztbezogene Abrechnungsgruppenzuordnungen (Satzart AST_EBM_ARZT) – wird unbefristet ab dem Berichtsjahr 2012 übermittelt. Die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ausschließlich derjenigen Arztpraxen, in denen Augenärzte tätig sind, umfasst die Berichtsjahre 2009, 2010, 2012 und 2013. Strukturell und in Bezug auf die pseudonymisierungsrelevanten Attribute sind die einzelnen Satzarten der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung über die Berichtsjahre hinweg vergleichbar.

1.5.1 Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die geplante EBM-Reform (AST_EBM-Daten)

Grundlage für die anlassbezogene Übermittlung der arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_EBM-Daten) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung²³ sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 351. Sitzung²⁴, welche anlassbezogene Datenlieferungen im Zusammenhang mit der

²⁰ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPA für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform)

²¹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 351. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Satzarten 210B und 211B der GSPA für die Berichtsjahre 2014 bis 2016)

²² Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 (Satzarten 210A und 211A der GSPA ab dem Berichtsjahr 2012)

²³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_EBM-Daten für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform)

²⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 351. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Satzart AST_EBM_ARZT_B für die Berichtsjahre 2014 bis 2016)

geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 und der humangenetischen Leistungen regeln. Die anlassbezogene Übermittlung eines Teils der AST_EBM-Daten – pseudonymisierte arztbezogene Abrechnungsgruppenzuordnungen (Satzart AST_EBM_ARZT) – ab dem Berichtsjahr 2012 erfolgt unbefristet auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung²⁵, welcher die Vorgaben für das ASV-Bereinigungsverfahren regelt.

1.5.2 Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes (AST_OW-Daten)

Die anlassbezogene Übermittlung der arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_OW-Daten) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V für die Berichtsjahre 2012 bis 2014 erfolgt auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung²⁶, des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung²⁷ sowie des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung²⁸. Diese Beschlüsse regeln anlassbezogene Datenlieferungen zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für die Jahre 2014 bis 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V. Unterschiede zur arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung nach Abschnitt 1.5.1 sind in Abschnitt 2.6 näher erläutert.

1.5.3 Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der GOP 06225 in den EBM (AST_AUG-Daten)

Die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ausschließlich derjenigen Praxen, in denen Augenärzte tätig sind (AST_AUG-Daten), gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V für die Berichtsjahre 2009, 2010 sowie bis auf Weiteres ab dem Berichtsjahr 2012 erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 310. Sitzung²⁹, welcher anlassbezogene Datenlieferungen zur Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 06225 zum 1. Januar 2012 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) regelt. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses hat nach Abnahme des Evaluationsberichts des Instituts des Bewertungsausschusses in seiner 395. Sitzung am 6. Januar 2015 entschieden, dass die entsprechenden Datenlieferungen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2014 beendet werden.

²⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 (Satzart AST_EBM_ARZT ab dem Berichtsjahr 2012)

²⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_OW-Daten für das Berichtsjahr 2012)

²⁷ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_OW-Daten für die Berichtsjahre 2012 und 2013)

²⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 352. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_OW-Daten für die Berichtsjahre 2013 und 2014)

²⁹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 310. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_AUG-Daten für die Berichtsjahre 2009 und 2010 sowie bis auf Weiteres ab dem Berichtsjahr 2012)

2 Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen

Die durch die o. a. Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses festgelegten Datenflüsse an den Bewertungsausschuss (Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. Institut des Bewertungsausschusses) sind in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt.

Die Datenlieferungen beziehen sich derzeit auf

- „Geburtsstagsstichprobe“ (Berichtszeitraum ab 2007)
- „Regionalisierte Geburtsstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ (Berichtszeitraum ab 2007)
- „Selektivvertragsdaten“ (Berichtszeitraum 2009 bis 2014, ggf. Fortführung)
- Anlassbezogene Datenübermittlung der um Merkmale und Satzarten angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtsstagsstichprobe“) (GSPA gesamt: Berichtszeitraum 2011, letztes vollständiges Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und erste drei vollständige Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform; Satzarten 210A und 211A: Berichtszeitraum 2012 ff.; Satzarten 210B und 211B: Berichtszeitraum 2014 bis 2016)
- Anlassbezogene Datenübermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (arzt- und praxisvollständige Abrechnungsstatistik gesamt: Berichtszeitraum 2011 bis 2014, letztes vollständiges Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und erste drei vollständige Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform, ggf. Fortführung; Satzart AST_EBM_ARZT: Berichtszeitraum 2012 ff.; augenärztliche Abrechnungsstatistik: Berichtsjahre 2009, 2010, 2012 und 2013; Satzart AST_EBM_ARZT_B: Berichtszeitraum 2014 bis 2016)

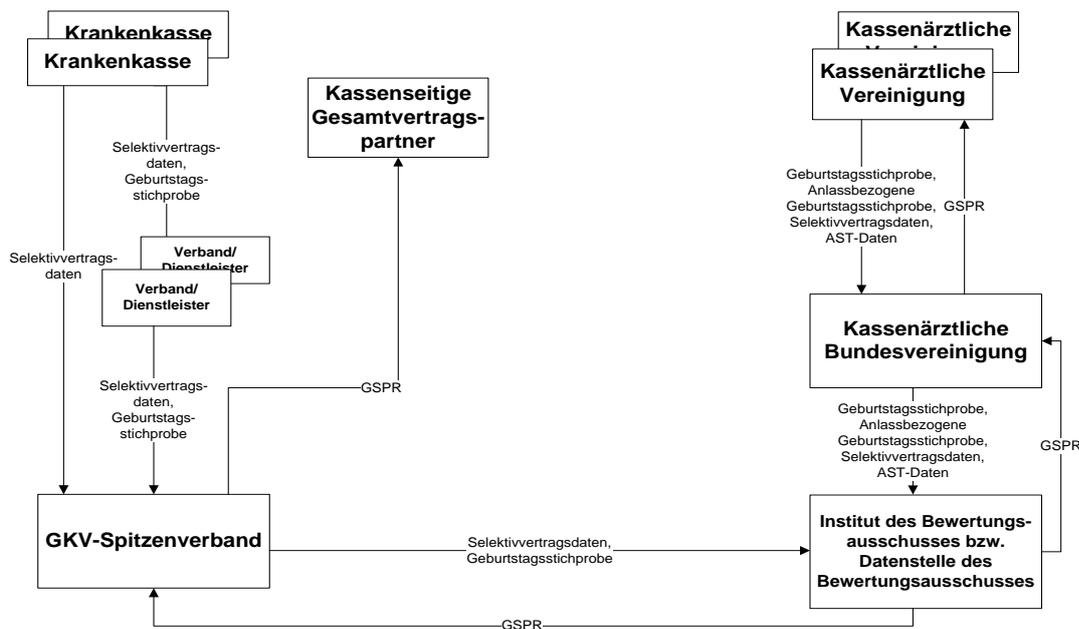


Abbildung 1: Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Das Pseudonymisierungsverfahren für diese Datenlieferungen wird im Folgenden einzeln näher beschrieben.

2.1 Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Das in Abbildung 2 dargestellte Pseudonymisierungsverfahren bezieht sich auf die Attribute lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR), kassenspezifische Krankenversichertennummer (KVNR) sowie lebenslange Krankenversichertennummer (eGK) und wird für alle Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss zweistufig und für Lieferungen an die Gesamtvertragspartner dreistufig gestaltet. Auf dieser dritten Stufe wird ab dem Berichtszeitraum 2010 bis 2012 der „regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ zusätzlich das Attribut Fall_ID pseudonymisiert.

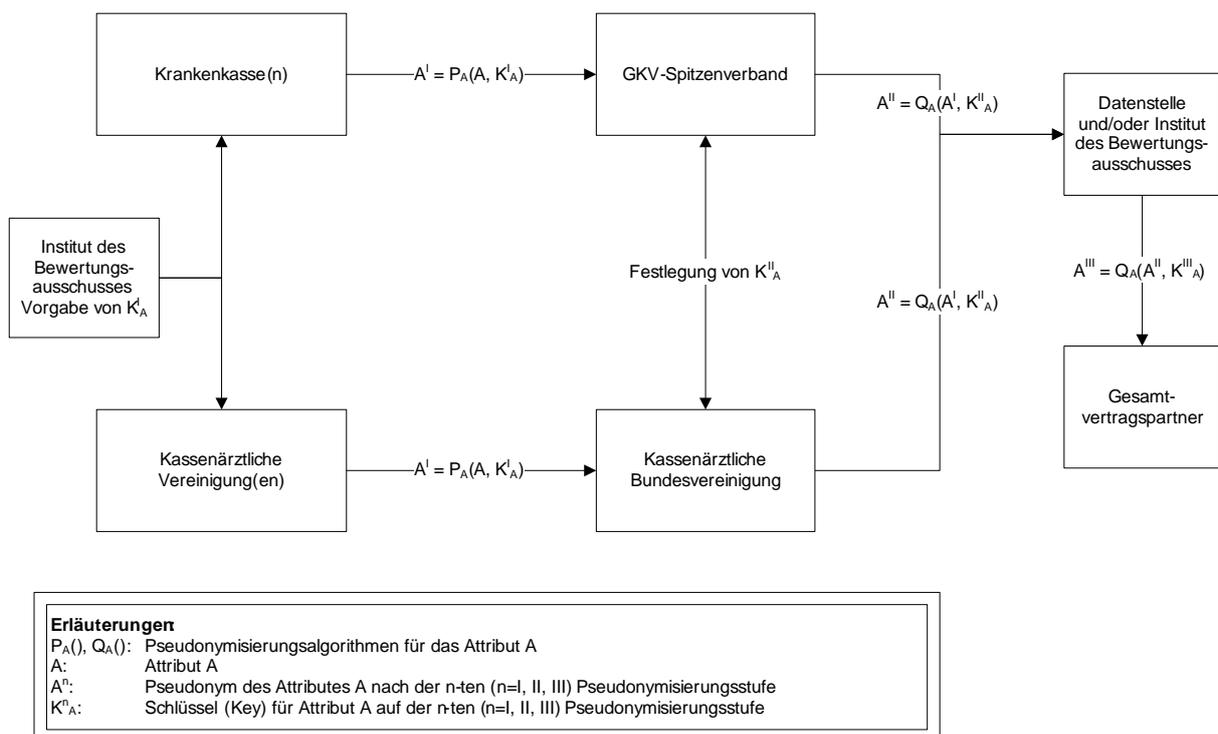


Abbildung 2: Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute

Die erste Stufe des Pseudonymisierungsverfahrens bezieht sich auf die Datenlieferung der Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die zweite Stufe bezieht sich auf die Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses und/oder das Institut des Bewertungsausschusses.

Im Falle zusammengehöriger Datenlieferungen durch die Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich eines Attributs A ist einerseits der auf der ersten Stufe und andererseits der auf der zweiten Stufe verwendete Pseudonymisierungsalgorithmus für alle Beteiligten identisch. Dabei können sich zusammengehörige Datenlieferungen aus einem einzelnen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen oder aus verschiedenen Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ergeben.

Es ist grundsätzlich vorgesehen, dass das Institut des Bewertungsausschusses den Schlüssel zur Pseudonymisierung auf der ersten Stufe vorgibt. Dieser vom Institut des Bewertungsausschusses vorgegebene Schlüssel auf der ersten Stufe des Pseudonymisierungsverfahrens ist weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) noch dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bekannt. Hiervon abweichend gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Schlüssel zur Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Attribute (lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, Nebenbetriebsstättennummer) auf der ersten Stufe vor, da die datenschutzrechtlichen Anforderungen bereits im Zusammenhang mit der Erhebung der Abrechnungsstatistik durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung umgesetzt werden.

Auf der zweiten Stufe sind zwei Konstellationen der Zusammenführbarkeit von pseudonymisierten Attributen zu unterscheiden.

Im Fall der Zusammenführung von Daten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen muss auf der zweiten Stufe der Pseudonymisierung der Schlüssel auf beiden Seiten identisch sein. Dieses wird dadurch erreicht, dass der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Schlüssel (Key) gemeinsam festlegen (siehe Abbildung 2).

Sollen die Daten nicht zusammengeführt werden, so legen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihren jeweiligen Schlüssel selbst fest (siehe Abbildung 3).

In beiden Fällen ist der Schlüssel auf der zweiten Stufe den Krankenkassen, der Datenstelle, dem Institut des Bewertungsausschusses und den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht bekannt.

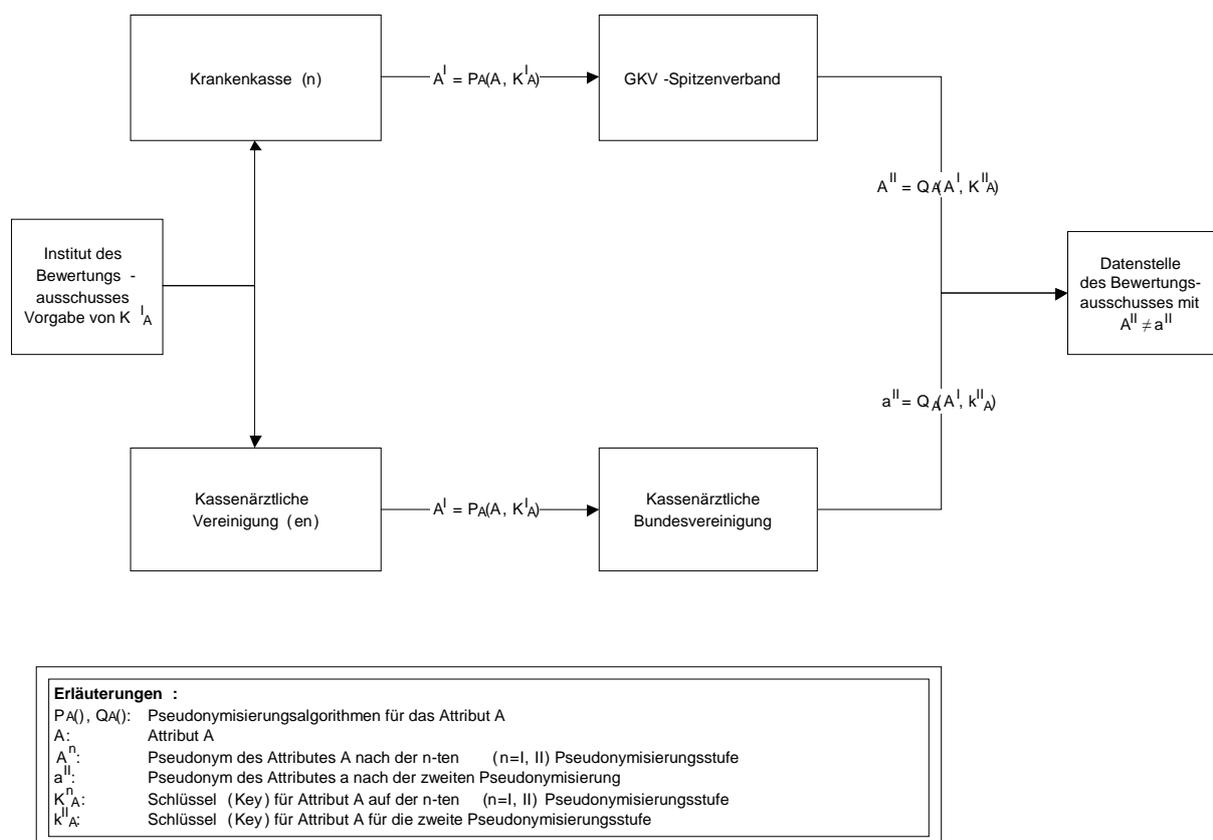


Abbildung 3: Zweistufiges Pseudonymisierungsverfahren ohne Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch die pseudonymisierten Attribute

Abweichend von den hier dargestellten Datenlieferungen (s. Abbildung 2, 3) können die Datenlieferanforderungen des Bewertungsausschusses ausschließlich die Kassenseite oder die Ärzteseite betreffen. Auch in diesen Fällen bleibt die Zweistufigkeit des Pseudonymisierungsverfahrens erhalten.

Daten zur „regionalisierten Geburtstagsstichprobe für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ werden zusätzlich auf einer dritten Stufe verschlüsselt und können somit mit keinem der anderen Datenkörper zusammengeführt werden.

2.2 Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtstagsstichprobe“

Die als „Geburtstagsstichprobe“ bezeichnete Versichertenstichprobe umfasst pseudonymisierte Versichertenstammdaten der Krankenkassen und pseudonymisierte ambulante ärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten, die an ausgewählten Kalendertagen eines Monats geboren sind. Die Zusammenführung der Versichertenstammdaten mit den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten in der Datenstelle erfolgt über die Attribute Institutionskennzeichen der Krankenkasse (KVK-IK) und pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer von der Krankenversichertenkarte (KVNR) bzw. elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung beginnt mit dem Berichtsjahr 2007. Für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgt erstmals ein turnusmäßiger Wechsel der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einem Schlüsselwechsel (vgl. Abschnitt 5.3).

Die versichertenbezogenen Merkmale KVNR (kassenspezifische Versichertennummer) und eGK (unveränderlicher Teil der lebenslangen Versichertennummer bzw. PersonenID) werden mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 4).

Die arzt- bzw. praxisbezogenen Merkmale (BSNR, NBSNR und LANR³⁰) werden mit jeweils spezifischen Schlüsseln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 4).

Empfänger der pseudonymisierten Daten ist die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die verschiedenen Schlüssel auf.

Tabelle 1: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „Geburtstagsstichprobe“

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
NBSNR ³⁰	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
LANR ³⁰	KV	KBV	K ^I _{LANR_GS}	KBV	K ^{II} _{LANR_GS}

2.3 Pseudonymisierungsverfahren der „GSPR“

Die „regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ wird auf Basis einer freigegebenen Ver-

³⁰ Die Attribute NBSNR und LANR sind ab dem Berichtsjahr 2011 nicht mehr Bestandteil der arztseitigen Lieferungen für die „Geburtstagsstichprobe“ und werden nur anlassbezogen im Rahmen der GSPA an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt.

sion der Geburtstagsstichprobe auf Bundesebene (vgl. Abschnitt 2.2) erstellt. Gegenüber dieser ist der Datenkörper im Umfang reduziert und nach KV-Bereichen sowie nach Kassenarten regionalisiert abgegrenzt gestaltet. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses stellen dabei sicher, dass die Daten regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt an die Gesamtvertragspartner weitergeleitet werden. In den Daten, die der GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt, wird der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen in einzelnen Satzarten entfernt und ggf. leer oder durch einen Ersatzwert übermittelt.

Die versichertenbezogenen Merkmale KVNR³¹ und eGK werden mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert. Zum Zwecke der Anonymisierung erfolgt in der Datenstelle eine dritte Stufe der Verschlüsselung (vgl. Abschnitt 4).

Das praxisbezogene Merkmal BSNR wird mit jeweils spezifischen Schlüsseln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Datenstelle mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert. Zum Zwecke der Anonymisierung erfolgt in der Datenstelle eine dritte Stufe der Verschlüsselung (vgl. Abschnitt 4).

Ausschließlich auf der dritten Stufe wird ab dem Berichtszeitraum 2010 bis 2012 zusätzlich das Attribut Fall_ID durch die Datenstelle mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 4).

Empfänger der irreversibel verschlüsselten Daten sind die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die verschiedenen Schlüssel auf.

Tabelle 2: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „GSPR“

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe		Schlüssel 3. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR ³¹ bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/ GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}	Daten- stelle	K ^{III} _{KVNR_GS}
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}	Daten- stelle	K ^{III} _{BSNR_GS}
Fall_ID	KBV					Daten- stelle	K ^{III} _{Fall_ID_GS}

2.4 Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“

Zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab dem Jahr 2009 aufgrund der Teilnahme von Versicherten an Selektivverträgen sollen durch die Krankenkassen versichertenindividuelle Daten erhoben werden. Diese Daten werden von jeder selektivvertragsschließenden Krankenkasse an den GKV-Spitzenverband übermittelt, der diese gesammelt an das Institut des Bewertungsausschusses (bis Berichtsjahr 2012) bzw. an die Datenstelle des Be-

³¹ Das Attribut KVNR in der GSPR wurde nur bis zum Berichtszeitraum 2008 bis 2010 übermittelt.

wertungsausschusses (ab Berichtsjahr 2013) für die Arbeiten nach Vorgaben des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Datenerhebung bezieht sich auf die Berichtsjahre 2009 bis 2014 und wird gegebenenfalls fortgeschrieben.

Mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 übermitteln zudem die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung versichertenbezogene selektivvertragliche Teilnahmedaten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, insbesondere zum Zweck der Verbesserung der Qualitätsprüfung der beim Institut des Bewertungsausschusses ankommenden Daten. Auch diese Datenlieferung wird gegebenenfalls fortgeschrieben.

Die „Selektivvertragsdaten“ enthalten die Merkmale KVNR³², eGK, BSNR³³ und LANR³³, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses pseudonymisiert übermittelt werden müssen. Es ist dabei vorzusehen, dass die Pseudonyme der KVNR bzw. eGK sowohl zwischen dem kassenseitig und dem KV-seitig gelieferten Teil der „Selektivvertragsdaten“ als auch zwischen „Selektivvertragsdaten“ und „Geburtstagsstichprobe“ identisch sind. BSNR und LANR aus dieser Datenerhebung werden hingegen nicht mit den Daten aus der „Geburtstagsstichprobe“ zusammengeführt.

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die verschiedenen Schlüssel auf.

Tabelle 3: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Datenlieferung aus Selektivverträgen

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe			Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung	Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR ³² bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}
BSNR ³³	Kasse	InBA	InBA	K ^I _{BSNR_SV}	GKV-SV	K ^{II} _{BSNR_SV}
LANR ³³	Kasse	InBA	InBA	K ^I _{LANR_SV}	GKV-SV	K ^{II} _{LANR_SV}

Um der Forderung nach der versichertenbezogenen Zusammenführbarkeit der kassen- und KV-seitig gelieferten „Selektivvertragsdaten“ einerseits sowie der Daten aus der „Geburtstagsstichprobe“ mit den „Selektivvertragsdaten“ andererseits zu genügen, müssen in beiden Erhebungen zum einen die Schlüssel für das Attribut KVNR bzw. eGK auf der ersten Stufe und zum anderen die Schlüssel auf der zweiten Stufe übereinstimmen.

2.5 Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“)

Die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe erweitert die in der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses definierte Geburtstagsstichprobe um weitere Satzarten und um Merkmale in bereits für die Geburtstagsstichprobe definierten Satzarten mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011. Insbesondere werden Arzt- und Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenbezüge auf der Ebene der abgerechneten Gebührenordnungsposition aufgenommen und es sind die fallbezogenen Angaben zu Operationen/Prozeduren der vertragsärztlichen Behandlung sowie ein Betriebsstättenverzeichnis mit der Zuordnungsvorschrift von Betriebs- zu Nebenbetriebsstätten an die

³² Das Attribut KVNR ist für die Berichtsjahre 2013 und 2014 nicht mehr Bestandteil der kassenseitig übermittelten Selektivvertragsdaten.

³³ Die Attribute BSNR und LANR sind für die Berichtsjahre 2013 und 2014 nicht mehr Bestandteil der Selektivvertragsdaten.

Datenstelle des Bewertungsausschusses zu übermitteln. Hierbei ist die arzt- und praxisbezogene Längsschnittfähigkeit zu den Daten der Geburtstagsstichprobe sowie zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zu gewährleisten.

Die Daten der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe enthalten die (N)BSNR und die LANR als pseudonymisierte Attribute, welche von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung überschlüsselt die übermittelten Pseudonyme der (N)BSNR und der LANR und gibt die Daten der damit zweifach pseudonymisierten (N)BSNR bzw. LANR an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter.

Um die Zusammenführbarkeit der Daten der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe mit den Daten der Versichertenstichprobe sowie der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zu gewährleisten, werden die zu pseudonymisierenden Attribute (N)BSNR und LANR auf beiden Stufen der Pseudonymisierung jeweils mit demselben Schlüssel pseudonymisiert.

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die verschiedenen Schlüssel auf.

Tabelle 4: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“)

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
NBSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
LANR	KV	KBV	K ^I _{LANR_GS}	KBV	K ^{II} _{LANR_GS}

2.6 Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

Allgemein umfasst die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung pseudonymisierte ärztliche Abrechnungs- und Stammdaten auf Praxis- und Arzzebene sowie ärztliche Abrechnungsdaten auf Ebene der abgerechneten Gebührenordnungsposition mit entsprechendem Praxis- und Arztbezug.

Die arzt- und praxisvollständige anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die geplante Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 (AST_EBM-Daten), welche mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wird, ist darüber hinaus angereichert um Angaben zum Standort (Kreiskennziffer) und zum Planungsbereich der Praxis. Zudem werden einmalig für bestimmte KV-Bereiche die Lebensaltersstufe und das Geschlecht des Arztes für das Berichtsjahr 2011 erhoben. Ein Teil der AST_EBM-Daten – arztbezogene Abrechnungsgruppenzuordnungen von Praxen mit Abrechnung der GOPen 11233 sowie 11320 bis 11322 in der Satzart AST_EBM_ARZT_B – wird mit Wirkung für die Berichtsjahre 2014 bis 2016 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt. Ein weiterer Teil der AST_EBM-Daten – arztbezogene Abrechnungsgruppenzuordnungen in der Satzart AST_EBM_ARZT – wird mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2012 an die Datenstelle des Bewertungsausschusses unbefristet übermittelt.

Die anlassbezogene arzt- und praxisvollständige Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für die Jahre 2014 bis 2016 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V (AST_OW-Daten), welche mit Wirkung für die Berichtsjahre 2012 bis 2014 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wird, schreibt die AST_EBM-Daten – mit Ausnahme der Angaben zur Kreiskennziffer und zum Planungsbereich der Praxis sowie mit Ausnahme der Alters- und Geschlechtsangaben für Ärzte bestimmter KV-Bereiche – über das Berichtsjahr 2011 hinweg fort. Für Verwendungszusammenhänge außerhalb der Berechnungen zur Anpassung des Orientierungswertes enthalten die AST_OW-Daten zusätzlich die Anzahl der Arzt- und Behandlungsfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme.

Die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung augenärztlicher Praxen (AST_AUG-Daten), welche zum Zwecke der Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 06225 zum 1. Januar 2012 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung für die Berichtsjahre 2009, 2010, 2012 und 2013 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wird, schreibt die AST_EBM-Daten – mit Ausnahme der Angaben zur Kreiskennziffer und zum Planungsbereich der Praxis sowie mit Ausnahme der Alters- und Geschlechtsangaben für Ärzte bestimmter KV-Bereiche – bezogen auf augenärztliche Praxen für Berichtszeiträume vor und nach dem Jahr 2011 fort.

Bei der über mehrere Berichtsjahre vorgesehenen anlassbezogenen Datenübermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ist sowohl die arzt- und praxisbezogene Längsschnittfähigkeit der AST-Daten selbst als auch deren Zusammenführbarkeit mit der um Merkmale angereicherten „Anlassbezogenen Geburtstagsstichprobe“ des jeweiligen Berichtsjahres, welche für diese Zwecke um die Attribute NBSNR und LANR ergänzt wird, zu gewährleisten. Auf diese Weise schafft der Bewertungsausschuss für das jeweilige Berichtsjahr eine anlassbezogene arzt- und praxisvollständige Datengrundlage der arztseitigen Rechnungslegung, welche durch ihren Merkmalsumfang und ihre Merkmalstiefe sowie die arzt- und praxisbezogene Verknüpfbarkeit mit den fallbezogenen Daten der um Merkmale angereicherten „Anlassbezogenen Geburtstagsstichprobe“ die notwendige Flexibilität aufweist, um hiermit die Aufgaben des Bewertungsausschusses insbesondere im Zusammenhang mit der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM zu bearbeiten.

Die anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung enthält die BSNR und die LANR als zu pseudonymisierende Attribute, welche von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung überschlüsselt die übermittelten Pseudonyme der BSNR und der LANR und gibt die Daten der damit zweifach pseudonymisierten BSNR bzw. LANR an die Datenstelle bzw. das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

Um die Zusammenführbarkeit der arzt- und praxisbezogenen AST-Daten mit den Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung in der „Anlassbezogenen Geburtstagsstichprobe“ zu gewährleisten, werden die zu pseudonymisierenden Attribute BSNR und LANR der AST-Daten auf beiden Stufen jeweils mit demselben Schlüssel wie die „Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“ pseudonymisiert.

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die verschiedenen Schlüssel auf.

Tabelle 5: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR} _GS	KBV	K ^{II} _{BSNR} _GS
LANR	KV	KBV	K ^I _{LANR} _GS	KBV	K ^{II} _{LANR} _GS

3 Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen

Die in Abschnitt 1 genannten Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen setzen die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in die Pflicht, eine Verknüpfbarkeit verschiedener Datenlieferungen hinsichtlich bestimmter pseudonymisierungsrelevanter Attribute sicherzustellen.

Dies wird gewährleistet, indem bezogen auf diese Attribute sowohl der jeweilige Pseudonymisierungsalgorithmus als auch der jeweils verwendete Schlüssel auf der ersten Stufe der Pseudonymisierung bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen identisch sind.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung können die pseudonymisierten Daten ihrer Bereiche entgegennehmen und durch eine weitere Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe die Zusammenführung einzelner Datenlieferungen realisieren oder verhindern. Stimmen Pseudonymisierungsalgorithmus und Schlüssel auf der zweiten Pseudonymisierungsstufe jeweils überein, kann das Institut des Bewertungsausschusses als Empfänger der Datenlieferungen diese bezogen auf das gemeinsame Attribut zusammenführen, andernfalls nicht.

Die Pseudonymisierung dieser Attribute auf der zweiten Stufe kann jedoch auch zunächst mittels verschiedener Schlüssel erfolgen. Sobald der Bewertungsausschuss später beschließt, dass zunächst getrennte Datenkörper für eine zu bearbeitende Aufgabenstellung zusammengeführt werden sollen, stimmen sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung über eine einheitliche Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe ab und liefern den datenhaltenden Stellen (Datenstelle des Bewertungsausschusses oder Institut des Bewertungsausschusses) Ersetzungstabellen, sodass dort ein Austausch der Pseudonyme mit anschließender Zusammenführung erfolgen kann.

Mit größerem Aufwand verbunden, aber ebenfalls denkbar, ist eine nachträgliche Zusammenführung von ursprünglich bereits auf der ersten Stufe unterschiedlich pseudonymisierten Attributen, indem die Krankenkassen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Ersetzungstabellen liefern.

Derzeit sind folgende Verknüpfungen verschiedener Datenlieferungen anhand identischer Schlüssel vorgesehen (von der Möglichkeit nicht identischer Schlüssel wird derzeit kein Gebrauch gemacht):

Tabelle 6 Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen

Attribut	Stufe	Geburts- tagsstich- probe	GSPR	Daten zu bereini- gungsrele- vanten Se- lektivverträ- gen	Anlassbezo- gene Daten der um Merk- male ange- reicherten Geburtstags- stichprobe	Anlassbezo- gene Ab- rechnungs- statistik der arztseitigen Rechnungs- legung
KVNR ^{31, 32} bzw. eGK	1	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}		
	2	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}		
	3		K ^{III} _{KVNR_GS}			
BSNR ³³ / NBSNR ³⁰	1	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_SV}	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_GS}
	2	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_SV}	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_GS}
	3		K ^{III} _{BSNR_GS}			
LANR ^{30, 33}	1			K ^I _{LANR_SV}	K ^I _{LANR_GS}	K ^I _{LANR_GS}
	2			K ^{II} _{LANR_SV}	K ^{II} _{LANR_GS}	K ^{II} _{LANR_GS}
Fall_ID	3		K ^{III} _{Fall_ID_GS}			

Verknüpfbar hinsichtlich eines Attributs sind gemäß obiger Ausführung genau diejenigen Datenlieferungen, für die sowohl gleiche Schlüssel auf der ersten Stufe als auch gleiche Schlüssel auf der zweiten Stufe verwendet werden.

Daten zur „regionalisierten Geburtstagsstichprobe für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ werden durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses zusätzlich zum Zwecke der Anonymisierung auf einer dritten Stufe verschlüsselt und sind mit keinem der anderen Datenkörper verknüpfbar.

Mit diesem Konzept ist über die Übereinstimmung der Schlüssel auf beiden Stufen die Zusammenführbarkeit von Daten aus der Geburtstagsstichprobe und zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen hinsichtlich der pseudonymisierten Versichertennummern vorgesehen. Zudem ist die Zusammenführbarkeit von Daten aus der (anlassbezogen angereicherten) Geburtstagsstichprobe und von Daten der anlassbezogenen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung hinsichtlich der pseudonymisierten BSNR- und LANR-Schlüssel vorgesehen.

4 Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren

Die technische Basis des Pseudonymisierungsverfahrens des Bewertungsausschusses ist die Hash-Funktion RIPEMD-160 (Pseudonymisierungsalgorithmus). Diese Hash-Funktion wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt vom Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) für die pseudonymisierte Übermittlung von Daten an den Bewertungsausschuss als geeignet eingestuft. Diese Einschätzung wurde seitens des BSI am 16.09.2009 erneut bestätigt.

Die von der Bundesnetzagentur veröffentlichte Übersicht über geeignete Algorithmen zur elektronischen Signatur befristet die Eignung des Hashverfahrens RIPEMD-160 bis Ende 2010. Dies bezieht sich jedoch nur auf seine Anwendung für digitale Signaturen. In dem hier besprochenen Kontext als Modul in einem Pseudonymisierungsschritt (Einwegsfunktion) bestehen keinerlei Bedenken, auch nicht über das Jahr 2010 hinaus.

RIPEMD-160 bildet die Grundlage für die Pseudonymisierung der Attribute in den einzelnen Datenlieferungen. Wie diese Hash-Funktion zur Pseudonymisierung der einzelnen Attribute eingesetzt wird, erläutert dieser Abschnitt.

4.1 Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160

Es ist zu beachten, dass der Algorithmus RIPEMD-160 zwischen Groß- und Kleinschreibung beim Eingabewert unterscheidet. Um über Datenlieferanten und Zeiträume hinweg konsistente Pseudonyme zu erhalten, ist folgendes zu beachten:

- Handelt es sich beim Argument um eines der zu pseudonymisierenden Attribute im Klartext, so werden evtl. auftretende Buchstaben generell in Großschreibung umgewandelt.
- Schlüssel können sowohl groß- als auch kleingeschriebene Buchstaben sowie Ziffern enthalten. Diese Schreibweise bleibt unverändert erhalten.
- RIPEMD-160 liefert immer Hashwerte der Länge 160 Bit, entsprechend 40 ASCII-Zeichen aus dem Wertevorrat (0-9 und A-F). Die Hashwerte werden – falls erforderlich – immer in Großschreibung umgewandelt und weiterverarbeitet.

4.2 Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe

4.2.1 Krankenkassenspezifische Versichertennummer sowie Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte

Bei der Versichertennummer ist zunächst zu prüfen, ob es sich um eine Versichertennummer der eGK oder um eine krankenkassenspezifische Versichertennummer der Krankenversicherungskarte handelt³⁴.

Es handelt sich um eine Versichertennummer der eGK, wenn die beiden folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die Versichertennummer hat eine Länge von 20 (Hauptversicherter) oder 30 (Mitversicherter) Zeichen.
- An erster Stelle steht ein Buchstabe, alle anderen Stellen enthalten ausschließlich Ziffern.

³⁴ Eine leere Zeichenkette als Ersatzwert für eine Versichertennummer wird nicht nach dem unten beschriebenen Verfahren pseudonymisiert. Stattdessen wird als Pseudonym ebenfalls eine leere Zeichenkette erzeugt.

In Abhängigkeit vom Prüfergebnis werden unterschiedliche Normalisierungsschritte bezogen auf die jeweilige Versichertennummer durchgeführt.

Normalisierungsschritt eGK

Handelt es sich um eine Versichertennummer der eGK, wird zur Pseudonymerzeugung nur der invariante Teil (die ersten 10 Stellen) herangezogen. Der Buchstabe an Position 1 wird ggf. in Großschreibung umgewandelt.

Normalisierungsschritt KVK

Handelt es sich bei der Versichertennummer um eine krankenkassenspezifische Versichertennummer der Krankenversichertenkarte, so wird geprüft, ob nicht-numerische Zeichen vorhanden sind. Liegen diese vor, so werden diese gelöscht. Anschließend wird durch Vorstellen von Nullen eine 12-stellige Zeichenkette erzeugt.

In beiden Fällen wird die entstandene Zeichenkette in voller Länge pseudonymisiert.

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt den zur Pseudonymisierung verpflichteten Datenlieferanten den Schlüssel K_{KVNR}^1 zur Verfügung. Diese 16 Zeichen langen Schlüssel bestehen aus zwei Komponenten, die getrennt zur Anwendung kommen. Dazu wird K_{KVNR}^1 in die jeweils acht Zeichen langen Teilschlüssel $k_{KVNR,1}$ (Stellen 1 bis 8) und $k_{KVNR,2}$ (Stellen 9 bis 16) zerlegt.

Das beschriebene Vorgehen stellte eine zusätzliche Sicherheitsmaßnahme im Zusammenhang mit dem Wechsel der Datenstelle und dem Übergang auf die Geburtstagsstichprobe dar. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses hatten sich daher entschlossen, zusätzlich zu dem ersten Teilschlüssel der ersten Stufe einen zweiten Teilschlüssel auf der ersten Stufe zu verwenden, wobei das Institut des Bewertungsausschusses diesen zweiten Teilschlüssel der ersten Stufe der Verschlüsselung vorgibt. Zur Wahrung der Längsschnittlichkeit des bereits in der Datenstelle bestehenden Datenkörpers wurde ein Teil der bereits an die Datenstelle gelieferten Daten auf dieses Pseudonymisierungsverfahren umgestellt. Vorteil dieses Verfahrens war, dass vorhandene Datenbestände nicht komplett neu geliefert werden mussten.

Ablauf:

- a) Erkennen und Normalisierung der Versichertennummer.
- b) Im ersten Schritt wird die Versichertennummer mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- c) Diesem Hashwert wird der erste Teilschlüssel $k_{KVNR,1}$ als Zeichenkette vorangestellt. Die entstandene Zeichenkette ist 48 Zeichen lang.
- d) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt.
- e) An diesen Hashwert wird der zweite Teilschlüssel $k_{KVNR,2}$ als Zeichenkette am Ende angefügt. Das Ergebnis ist wiederum eine 48 Zeichen lange Zeichenkette.
- f) Es wird zum dritten Mal mit RIPEMD-160 ein 40 Zeichen langer Hashwert erzeugt, der das Pseudonym $KVNR^1$ der ersten Stufe darstellt.

4.2.2 Lebenslange Arztnummer (LANR)

Bei der LANR sind bereits die Stellen 1 bis 6 eindeutig; Stelle 7 ist eine Prüzfiffer und die Stellen 8-9 kodieren die Fachgruppe.

Die Erzeugung des Arzt pseudonyms erfolgt nur auf Basis der ersten sieben Stellen. Es können führende Nullen vorhanden sein, die unverändert erhalten bleiben.

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt den Krankenkassen den Schlüssel $K_{LANR_SV}^I$ für die Datenlieferung zu Selektivvertragsdaten zur Verfügung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen den Schlüssel $K_{LANR_GS}^I$ zur Verfügung.

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt werden die ersten 7 Stellen der LANR mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- b) An diesen Hashwert wird der Schlüssel K_{LANR}^I als Zeichenkette am Ende angefügt.
- c) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym $LANR^I$ der ersten Stufe darstellt.

4.2.3 Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

Die Betriebsstättennummer (BSNR) und die Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) sind 9-stellig und werden in voller Länge pseudonymisiert.

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt den Krankenkassen den Schlüssel $K_{BSNR_SV}^I$ ausschließlich für die Datenlieferung zu Selektivvertragsdaten zur Verfügung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen den Schlüssel $K_{BSNR_GS}^I$ zur Verfügung.

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt werden die BSNR und ggf. NBSNR mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- b) An diesen Hashwert wird der Schlüssel K_{BSNR}^I als Zeichenkette am Ende angefügt.
- c) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym $BSNR^I$ bzw. $NBSNR^I$ der ersten Stufe darstellt.

4.3 Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe

Der GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung verschlüsseln auf der zweiten Stufe die ihnen übermittelten Pseudonyme der ersten Stufe erneut mit Hilfe des attributspezifischen Schlüssels K_A^{II} .

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt wird an das Pseudonym der ersten Stufe A^I der Schlüssel K_A^{II} der zweiten Stufe am Ende angefügt.
- b) Die so erhaltene Zeichenkette wird mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym auf der zweiten Stufe A^{II} darstellt.

4.4 Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe

Diese Stufe der Pseudonymisierung kommt nur bei den Daten der „Regionalisierten Geburtstagsstichprobe für die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner“ (GSPR) zur Anwendung.

4.4.1 Pseudonymisierung von KVNR, eGK und BSNR

Die Datenstelle des Bewertungsausschusses verschlüsselt auf der dritten Stufe die ihr übermittelten Pseudonyme der zweiten Stufe erneut mit Hilfe des attributspezifischen Schlüssels K_{A}^{III} .

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt wird an das Pseudonym der zweiten Stufe A^{II} der Schlüssel K_{A}^{III} der dritten Stufe am Ende angefügt.
- b) Die so erhaltene Zeichenkette wird mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym auf der dritten Stufe A^{III} darstellt.

4.4.2 Pseudonymisierung der Fall_ID

Die Datenstelle des Bewertungsausschusses verschlüsselt das Attribut „FALL_ID“ mit dem attributspezifischen Schlüssel $K_{Fall_ID}^{III}$.

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt wird die FALL_ID mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- b) An diesen Hashwert wird der Schlüssel $K_{Fall_ID}^{III}$ am Ende angefügt.
- c) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym $FALL_ID^{III}$ der dritten Stufe darstellt.

4.5 Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt

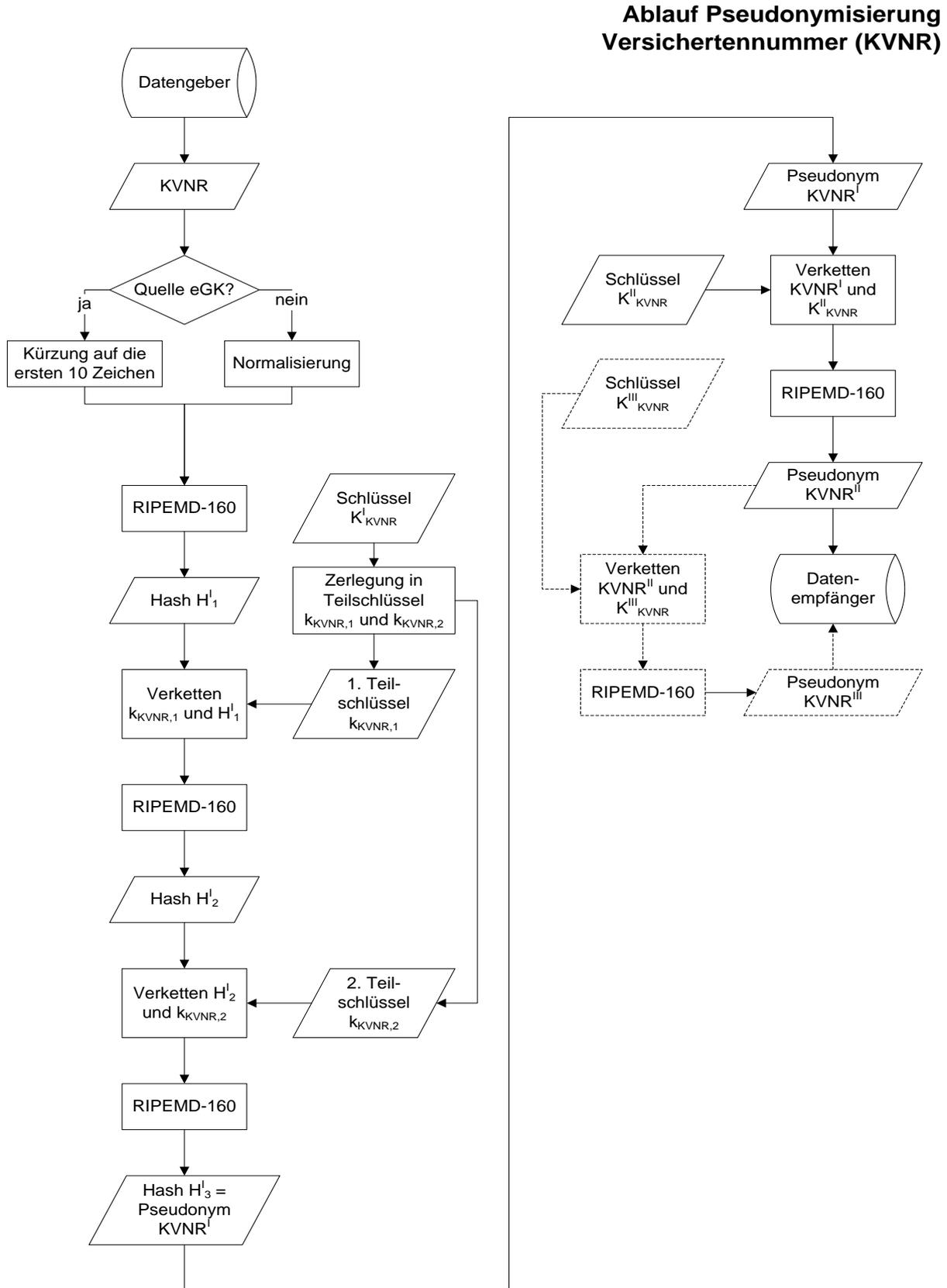


Abbildung 4: Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)

Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

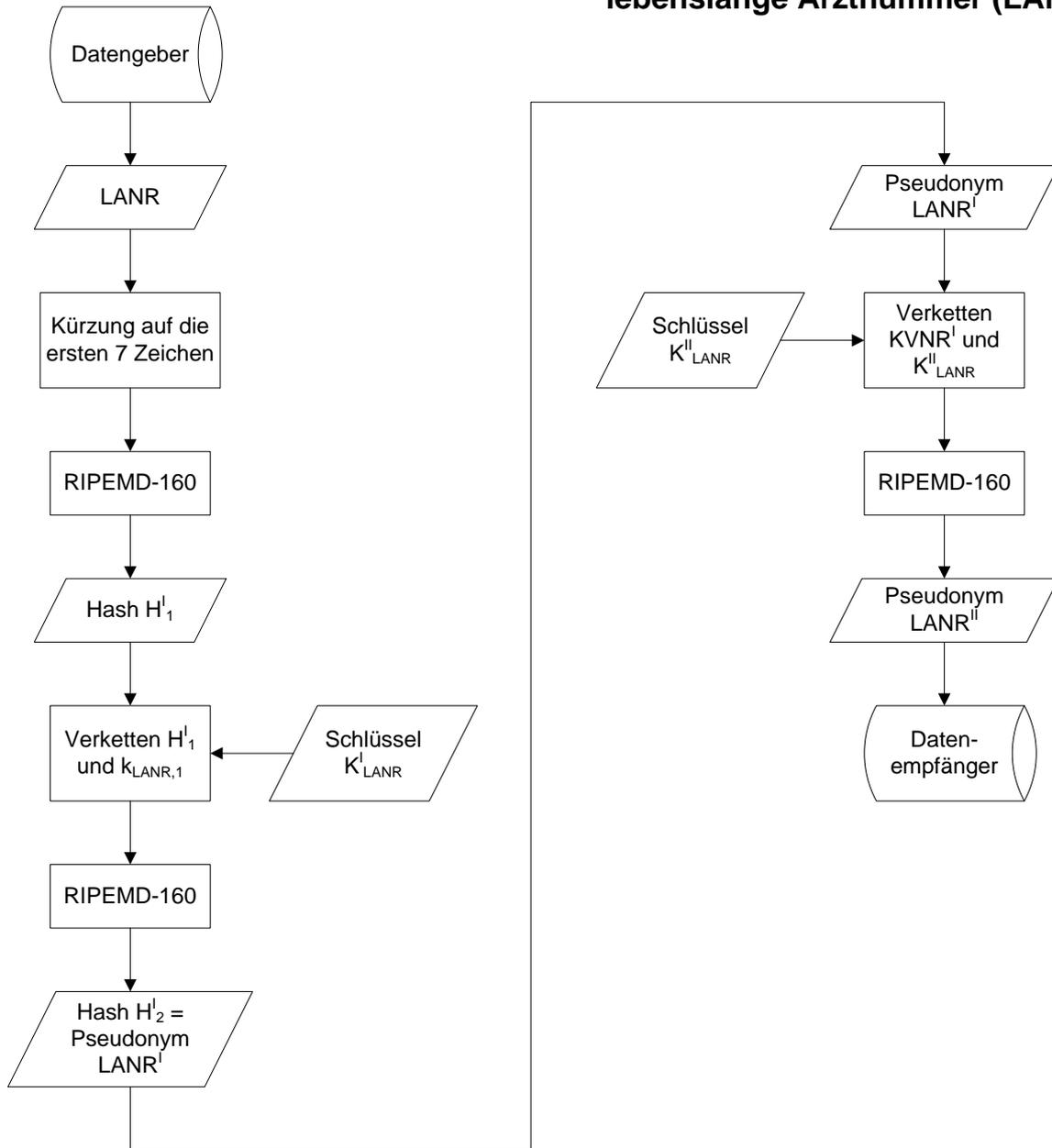


Abbildung 5: Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR)*

* gilt analog für Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

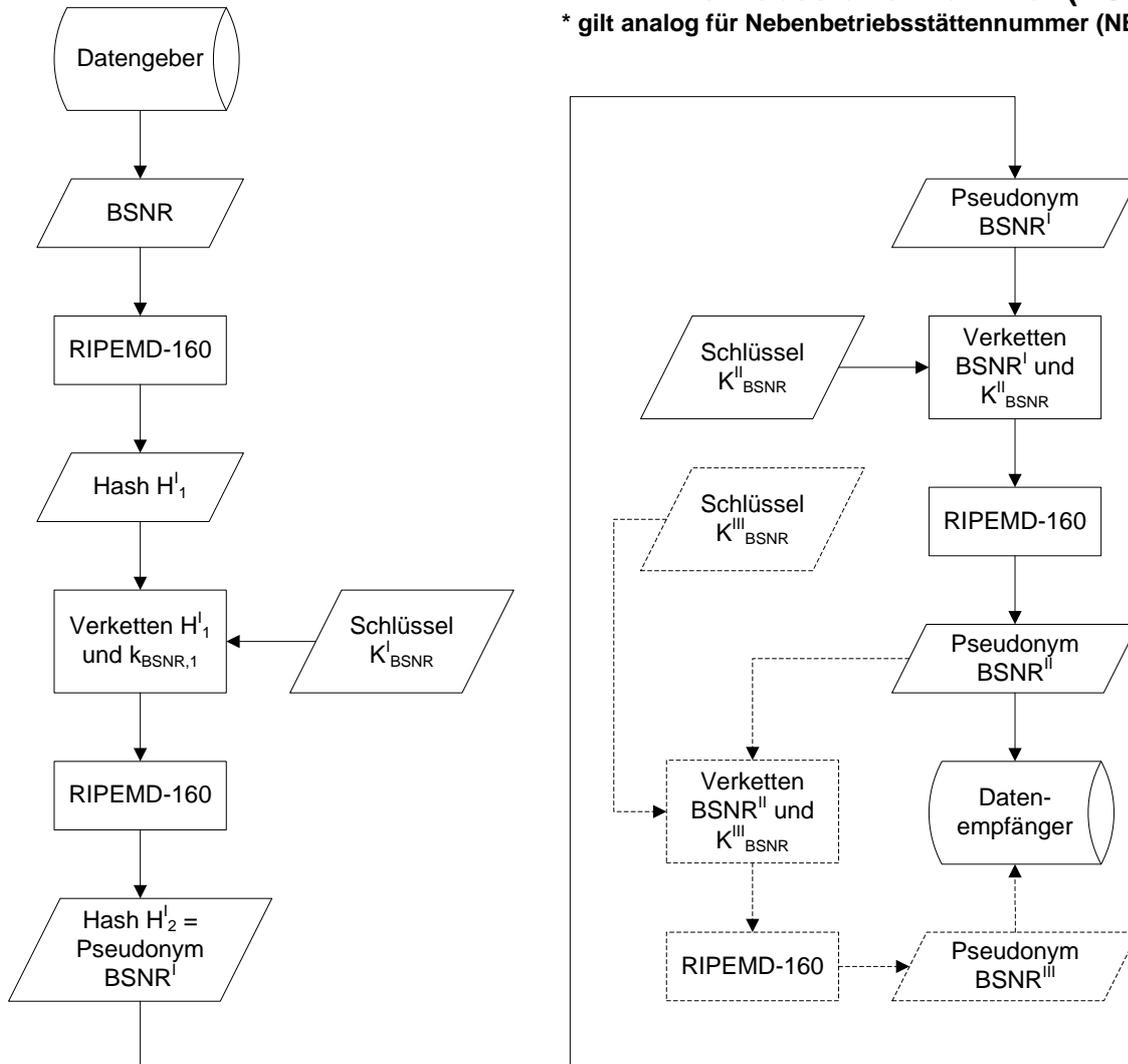


Abbildung 6: Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

**Ablauf Pseudonymisierung
Fall_ID*der GSPR**
* nur dritte Stufe

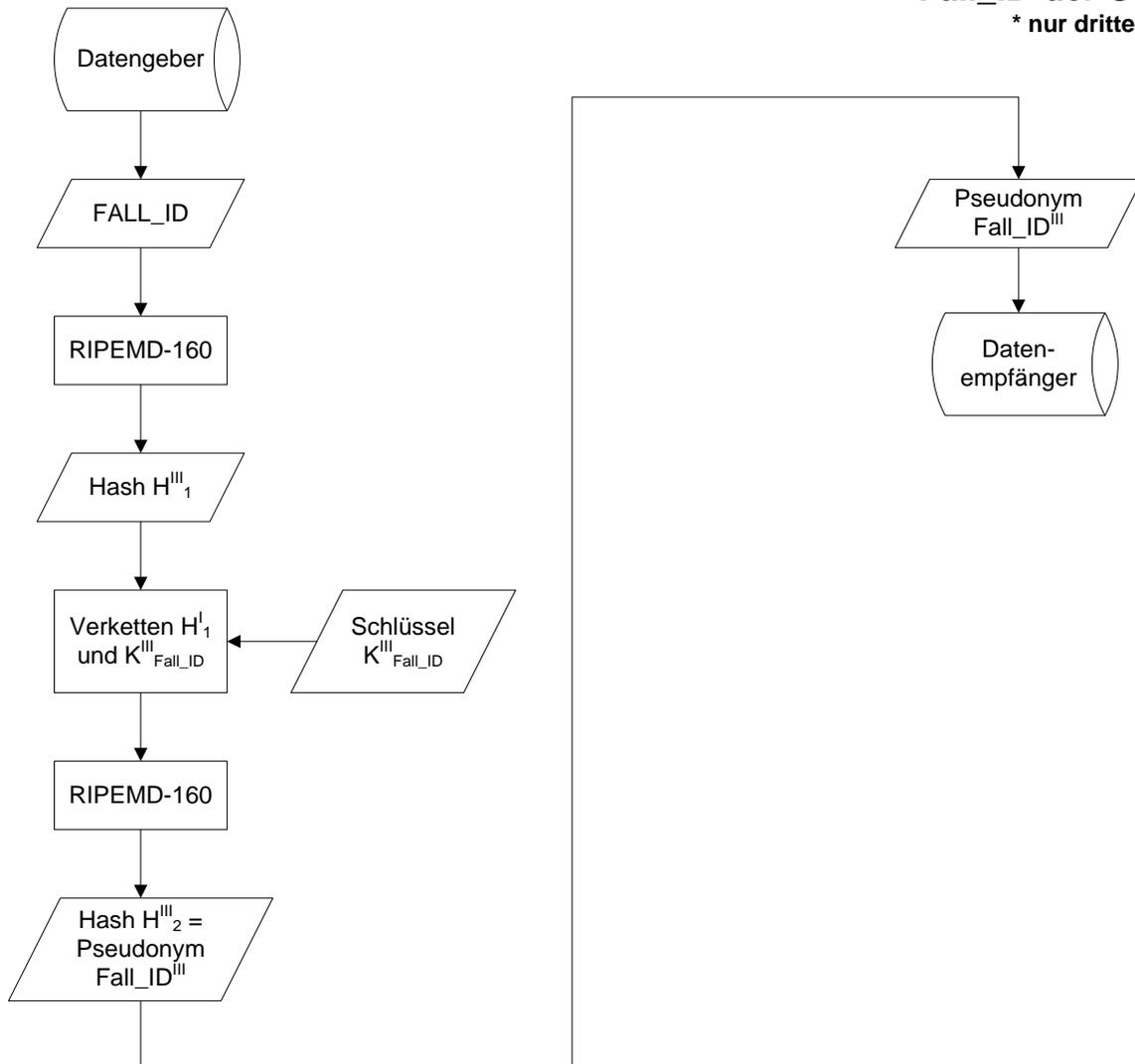


Abbildung 7: Ablauf Pseudonymisierung Fall_ID

5 Schlüsselmanagement

5.1 Schlüsselerzeugung

Für die Schlüsselerzeugung der ersten Stufe werden echte Zufallszahlen (kein Pseudozufallszahlengenerator) verwendet. Dazu wird eine Funktionalität des Linux-Kernels benutzt (`/dev/random`), die aus gerätespezifischem Rauschen echte Zufallszahlen liefert.

Die Schlüssel haben auf allen Stufen der Pseudonymisierung eine Länge von 16 bzw. 24 Zeichen (vgl. die folgenden Abschnitte). Alle Schlüssel bestehen aus Groß- und Kleinbuchstaben und Ziffern.

Die Schlüssel der zweiten und dritten Stufe werden zeichenweise gelöst.

5.2 Logistik der Schlüsselverteilung

Für die Verteilung der Schlüssel werden von der Empfängerseite eindeutige Ansprechpartner benannt. Vor Erhalt der Schlüssel hat sich der Empfänger zu authentifizieren. Zum Schlüsseltransfer wird ein sicheres Übertragungsverfahren gewählt. Die Schlüsselverteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt wie bisher.

Für die Fälle, bei denen das Institut des Bewertungsausschusses die Funktion des Schlüsselverteilers wahrnimmt, stellen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband dem Institut eine Liste der Ansprechpartner in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Krankenkassen zur Verfügung. Die Listen enthalten Kontaktdaten für elektronische und Briefpost sowie Telefonnummern.

Der Versand der Kennwörter erfolgt in einem verschlüsselten ZIP-Archiv per E-Mail.

Der Sender erzeugt das ZIP-Kennwort als echte Zufallszeichenkette der Länge 24, verschlüsselt damit die mit ZIP verpackte Nachricht und teilt das ZIP-Kennwort dem Empfänger per Telefon mit. Dabei werden ausschließlich Telefonnummern aus dem jeweiligen Eintrag in der Liste der Kontaktdaten angerufen.

Statt der alten Zip-2.0-Methode wird der AES-Algorithmus verwendet (256 Bit). Voraussetzung ist eine entsprechend sichere Packer-Software auf der Sender- und Empfängerseite (der Sender unterstützt den Empfänger diesbezüglich).

Der Schlüsselgeber verschickt darüber hinaus einen Testdatensatz mit einer Pseudo-ID und deren Pseudonym. Mit dessen Hilfe kann der Datenlieferant die korrekte Implementierung seines Pseudonymisierungsschrittes selbst überprüfen und den Schlüsselgeber über evtl. auftretende Probleme informieren.

5.3 Gültigkeit von Schlüsseln

Um die Datensicherheit zu erhöhen, besteht ggf. die Notwendigkeit, Schlüssel anlassbezogen (z. B. wenn ein bisher benutzter Schlüssel nicht berechtigten Personen bekannt wurde) oder nach Zeitablauf zu ändern.

Jede Schlüsseländerung führt zu einer Pseudonymersetzung bei den datenhaltenden Stellen. Hierbei müssen laufende Arbeiten abgestimmt unterbrochen werden, die Pseudonymersetzung durchgeführt und die Datenkonsistenz festgestellt werden. Erst danach können die Daten weiter verwendet werden.

Muss ein Schlüssel auf der ersten Stufe geändert werden, bedeutet dies, dass auf dieser Stufe eine Zuordnungstabelle erzeugt wird, die den Verfahrensbeteiligten auf der zweiten Stufe (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung) zur Verfügung gestellt werden muss. Diese ersetzen in ihrem Datenbestand die vorhandenen „alten“ Pseudonyme durch die „neuen“ und erzeugen ihrerseits eine Zuordnungstabelle für die „alten“ Pseudonyme der zweiten Stufe, welche an die datenhaltenden Stellen (Datenstelle des Bewertungsausschusses oder Institut des Bewertungsausschusses) weitergegeben werden muss.

Muss ein Schlüssel auf der zweiten Stufe geändert werden, bedeutet dieses, dass ausschließlich auf dieser Stufe die Pseudonymisierung erneut durchgeführt wird und eine Zuordnungstabelle den datenhaltenden Stellen zur Verfügung gestellt werden muss.

Zuordnungstabellen werden nach erfolgter Umschlüsselung (innerhalb von 30 Tagen nach Bereitstellung) gelöscht. Die Bestätigung der Löschung ist dem Lieferanten der Umsetztabelle innerhalb von 14 Tagen schriftlich mitzuteilen. Die Bereitstellung von Zuordnungstabellen ist unabhängig von der Speicherung der übrigen Daten. Diese werden für Qualitätssicherungszwecke gespeichert. Da es dabei insbesondere auch um das Auffinden von Pseudonymisierungsfehlern und die Klärung von Sachverhalten in Kommunikation mit den Datengebern (Krankenkassen und KVen) geht, werden auch die Pseudonyme der ersten Stufe gespeichert. Die Daten werden dann gemäß der beschriebenen Kopplung von Stichprobenzug, Schlüsselgültigkeit und Datenlöschung an die Berichtsjahre („rollierendes Panel“) gelöscht.

Die Umstellung der Schlüssel auf der ersten Stufe muss mit einem erheblichen zeitlichen Vorlauf beschlossen werden. Dieser zeitliche Vorlauf ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Krankenkassen zur Realisierung der mit der Schlüsseländerung verbundenen Pseudonymersetzung erforderlich.

Die Stichprobenauswahl zur Geburtstagsstichprobe und die Schlüsselvergabe zur Pseudonymisierung der Versichertennummern werden miteinander gekoppelt. Dazu wurde für die Berichtsjahre ab 2011 ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Auswahlgeburtstagen, konzipiert, das ausführlich in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschrieben ist.

Die Kennwörter auf der ersten Stufe haben stets eine Länge von 16 Zeichen. Die Kennwörter für die Kalendertage 3, 10, 17 und 24 auf der zweiten Stufe haben eine Länge von 16 Zeichen. Die Kennwörter für die weiteren Kalendertage auf der zweiten Stufe werden auf 24 Zeichen verlängert (Empfehlung des BSI). Die Kennwörter auf der dritten Stufe haben eine Länge von 24 Zeichen.

Der jeweilige Schlüsselgeber stellt den Schlüsselempfängern der ersten Stufe die neuen geburtsstagsabhängigen Kennwörter schrittweise als maschinenlesbare Liste zur Verfügung.

Die jeweiligen Kalendertage des Geburtstags, welche zur Stichprobenziehung und zur Verschlüsselung geführt haben, wurden ab dem Berichtsjahr 2010 als zusätzliche Attribute in die betroffenen Datensatzbeschreibungen aufgenommen sowie zur Ermöglichung einer geburtsstagsbezogenen Qualitätssicherung der sog. Matchingquoten über die KBV bzw. den GKV-SV an die Datenstelle bzw. das Institut des Bewertungsausschusses weitergeleitet.

Die für die Anonymisierung der Daten zur "regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR)" verwendeten Schlüssel der dritten Stufe sind nur für den Zeitraum einer Lieferung an die Gesamtvertragspartner gültig. Sie werden nach erfolgreicher Datenübermittlung gelöscht und anlässlich der nächsten Übermittlung neu gelöst.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu 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 und die Datenstelle des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der in §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben mit Wirkung zum 1. April 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 273. Sitzung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V einen Beschluss zur Übermittlung von für die Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. den GKV-Spitzenverband an das Institut und die Datenstelle des Bewertungsausschusses gefasst, der in seiner 307. Sitzung präzisiert wurde. In seiner 277. Sitzung hat der Bewertungsausschuss die Übermittlung von Versichertenzahlen geregelt.

Diese vorhandene Beschlusslage, bestehend aus grundlegenden Beschlüssen und nachfolgenden Änderungsbeschlüssen, wird durch eine Neufassung ersetzt, welche die zuvor genannten Einzelbeschlüsse zusammenfasst und alle erforderlichen Schlüsseltabellen in einem getrennten Beschluss zusammenführt. Aus diesem Grund werden bestehende Einzelbeschlüsse befristet bzw. teilweise aufgehoben. Der vorliegende Beschluss sieht die Fortschreibung der bisherigen Datenlieferungen vor.

Der Beschluss wird in formalen und inhaltlichen Aspekten der Datenlieferungen aktualisiert und hinsichtlich der Dateninhalte an einigen Stellen an die aktuellen Anforderungen angepasst. Das Pseudonymisierungsverfahren gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 SGB V wird an den aktuellen Beschlussstand angepasst und entsprechend redaktionell abgeglichen.

2. Regelungsinhalte

Die Datenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe und zur arzt- und kassenseitigen Rechnungslegung sowie zu den Versichertenzahlen werden fortgeschrieben.

In der Geburtstagsstichprobe werden die Datenliefertermine der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an den Gültigkeitsbeginn des aktuellen Beschlusses angepasst. Die Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses hat jetzt ausschließlich durch leitungsgebundene, sichere Datenübertragung (per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren) unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben zu erfolgen. Es werden verbindliche Aufbewahrungsfristen für die an das Institut des Bewertungsausschusses sowie an die Datenstelle des Bewertungsausschusses gelieferten Daten festgelegt. Diese ersetzen die bisher im Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss enthaltenen Festlegungen, die sich dort bisher noch nicht auf alle Datenlieferungen erstreckten.

In den Satzarten der Anlage 2 des Beschlusses (Geburtstagsstichprobe) werden insbesondere redaktionelle Anpassungen vorgenommen. In der Satzart 201 wird das Datenfeld „Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer“ in das Datenfeld „Kennzeichen Bereinigungsrelevanz“ umbenannt und die Angaben von Inhalt/Erläuterungen zu diesem Datenfeld präzisiert. Inhalt/Erläuterung zum Datenfeld „Selektivvertraglicher Abrechnungsweg“ werden präzisiert sowie das Datenfeld „Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags“ neu aufgenommen. Zur Satzart 202 wird ergänzt, dass Abrechnungsfälle von sog. Direktabrechnern nicht übermittelt werden. In der Satzart 211 wird die Ausprägung 9 „Ermächtigt“ des Datenfeldes „HA-/FA-Kennzeichen“ entfernt, da dieses Attribut für die Betriebsstätte nicht sachgerecht definiert ist. In der Satzart 213 wird die Länge des Feldes „Text“ auf 255 Stellen erweitert, sodass jetzt alle Bezeichnungen der ICD-10-GM-Schlüsselnummern in voller Länge übermittelt werden. Das Feld „Hauptkassen-IK“ wird aus der Satzart 219 gestrichen, da es zusätzlich zum Kassensitz-IK nicht mehr benötigt wird. Die Struktur des Datensatzes der Satzart 220 wird so geändert, dass zu jedem Kassensitz-IK unmittelbar das Institutionskennzeichen, der Name und die Kostenträgerart des direkten Rechtsnachfolgers sowie des aktuellen Rechtsnachfolgers angegeben sind. Damit vereinfacht sich die Struktur und die Nutzung der Satzart 220.

Zu den Lieferungen der Daten der arztseitigen und kassenseitigen Rechnungslegung wird ein einheitliches Verfahren für gegebenenfalls notwendige Korrekturlieferungen eingeführt. Dazu werden der zeitliche Ablauf und die Liefertermine harmonisiert. Hiermit soll einerseits an einem gegebenenfalls auftretenden Erfordernis von Korrekturlieferungen bei inhaltlichen oder formalen Fehlern sowie zur Komplettierung zunächst fehlender oder unvollständiger Werte festgehalten und andererseits eine zeitliche Systematik definiert werden, innerhalb derer die Korrekturen erstellt, übertragen und geprüft

werden. Außerdem werden die Datenlieferungen zukünftig durchgehend auf die Übermittlung von Abrechnungs-IK abgestellt, wobei für diese IK eine bundeseinheitliche Schlüsseltabelle zur Verfügung gestellt wird. Damit soll eine Qualitätsverbesserung und Vereinfachung der automatisierten Datenverarbeitung erreicht werden. Zusätzlich wird bei allen Datenarten eine Regelung zur Aufbewahrungsfrist, einschließlich einer Lösungsverpflichtung bei Ablauf, vorgesehen.

Bezüglich der Lieferungen der Daten der arztseitigen Rechnungslegung zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird ein quartalsweiser Lieferrhythmus eingeführt. Damit können die regionalen Vertragspartner besser unterstützt werden, da die Beschlüsse des Bewertungsausschusses, z. B. im sog. Aufsatzwertebeschluss (288./333. Sitzung), zunehmend eine quartalsweise Berechnung vorsehen. Die ursprünglichen Lieferanten der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme werden eindeutiger benannt, um Missverständnisse auszuräumen.

Die Übermittlung der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme wird um die Angabe der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis ergänzt. Diese Angabe wird bereits im Datenaustausch nach Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte übermittelt. Mit der zusätzlichen Angabe wird eine Vereinfachung bei der Bearbeitung und Abstimmung dieser Daten durch die Gesamtvertragspartner geschaffen.

In den Datensatz zur Übermittlung von Daten zur kassenseitigen Rechnungslegung mit der Datenart KASSRG87aMGV werden zusätzliche Angaben zur Basiswirksamkeit der Bereinigung des Behandlungsbedarfs erhoben. Damit wird das Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V besser unterstützt. Zusätzliche Kennzeichen zum Bearbeitungszustand der erhobenen Daten dienen der Transparenz.

Die Schlüsselverzeichnisse werden nicht mehr in den einzelnen Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen vereinbart. Die Verzeichnisse werden in einem eigenen Beschluss des Bewertungsausschusses zusammengestellt und veröffentlicht, wobei die zentralisierte Bereitstellung, einschließlich der Versionsabfolge, über die Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses erfolgt. Damit wird eine Verfahrensvereinheitlichung erreicht.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden dem Institut des Bewertungsausschusses regelmäßig die Angaben der Gebührenordnungsstammdatei in der nach der Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte vereinbarten Form zur Verfügung gestellt. Damit wird die Lieferung gemäß Beschluss aus der 216. Sitzung des Bewertungsausschusses, zuletzt geändert durch den Bewertungsausschuss in seiner 260. Sitzung, fortgeführt.

In den vorliegenden Beschluss wird darüber hinaus die Übermittlung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Versicherungszahlen aufgenommen, die bisher in einem

anderen Beschluss separat geregelt war. Damit wird eine weitere Vereinheitlichung der turnusmäßigen Datenlieferungen erreicht, die Anzahl der zu berücksichtigenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses wird reduziert. Der Vereinheitlichung dient auch die Codierung der Krankenkassen mit dem Abrechnungs-IK anstelle des bisher verwendeten Hauptkassen-IK. Entsprechend der Systematisierung des Verfahrens zu gegebenenfalls erforderlichen Korrekturen werden mit diesem Beschluss die dazu abgestimmten Übermittlungstermine von Korrekturlieferungen festgelegt. Zusätzliche Kennzeichen zum Bearbeitungszustand der erhobenen Daten dienen der Transparenz.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2015 in Kraft.