

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das
Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des
Bewertungsausschusses sowie durch die Kassenärztliche
Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband
an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V
zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen
nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V**

mit Wirkung zum 1. April 2015

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden das Nähere zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V erforderlichen Datenlieferungen durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an die Gesamtvertragspartner auf Landesebene. Die hierzu im Vorfeld erforderlichen Datenübermittlungen gemäß § 87 Abs. 3f 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 bzw. über den GKV-Spitzenverband an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind Gegenstand separater Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses, auf welche nachfolgend verwiesen wird. Für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V erforderliche Datenlieferungen, zu denen der Bewertungsausschuss bereits Beschlüsse gefasst hat, bleiben von diesem Beschluss unberührt, soweit sich aus diesem Beschluss keine Änderungen ergeben.

Datenlieferungen zwischen den Krankenkassen und den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V auf der Grundlage gesonderter Vereinbarungen auf Landesebene sind nicht Gegenstand dieses Beschlusses.

I. Gliederung des Beschlusses

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

- Teil A Bereitstellung der Daten der regionalisierten Geburtstagsstichprobe an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V,
- Teil B Bereitstellung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung, der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V,
- Teil C Bereitstellung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V,
- Teil D Bereitstellung der Daten der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Die Schlüsselverzeichnisse in der jeweils gültigen Version zu Datenübermittlungen nach Teil A, B, C und D 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.

II. Befristung und Aufhebung von bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss beschließt die Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

- in Bezug auf Teil A mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich dem Berichtszeitraum 2010 bis 2012 sowie
- in Bezug auf Teil B und Teil C mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich dem Berichtsjahr 2014.

Anlagen:

- Anlage 1 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip regionalisierten Geburtstagsstichprobe von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013 (Satzarten DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220)
- Anlage 2 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Daten zur nicht vertragskonformen In-

anspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner (Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK)

Anlage 3 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014 (Satzarten KASSRG87aMGV_SUM, KASSRG87aMGV_IK)

Anlage 4 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach dem Wohnortprinzip regionalisierten monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 (Satzarten ANZVER87a_SUM, ANZVER87a_IK)

Teil A

Bereitstellung der Daten der regionalisierten Geburtstagsstichprobe an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, insbesondere zur Ermittlung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, die Bereitstellung der in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten, qualitätsgesicherten und durch die Arbeitsebene des Bewertungsausschusses freigegebenen Daten der Geburtstagsstichprobe an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, die diese Daten den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen.

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die Beschlüsse zur Erhebung der bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2011 (Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V).

Die jährliche Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner auf Landesebene erstreckt sich auf jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre, beginnend mit dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013 im Lieferjahr 2015. Diese Daten werden in der Datenstelle des Bewertungsausschusses entsprechend den Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses und unter Mitwirkung des Instituts des Bewertungsausschusses zusammengeführt, qualitätsgesichert und freigegeben und anschließend von der Datenstelle in dem für die Übermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einerseits und an die regionalen Gesamtvertragspartner andererseits vorgesehenen reduzierten Umfang aufbereitet und geprüft. Die Freigabe für die Übermittlung erfolgt unter Berücksichtigung von möglichen Korrekturen und Ergänzungen rechtzeitig, in der Regel bis spätestens drei Wochen vor dem in Nr. II definierten Liefertermin entweder durch die Arbeitsgruppe IT oder in der dafür terminlich erreichbaren Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses.

Im Anschluss an die Freigabe werden die Daten von der Datenstelle in dem für die Übermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einerseits und an die regionalen Gesamtvertragspartner andererseits vorgesehenen reduzierten Umfang aufbereitet und geprüft bezüglich der formalen und inhaltlichen Übereinstimmung der an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu übermittelnden Daten einerseits sowie der Korrektheit der regionalen und kassenartenspezifischen Partitionen der an die Gesamtvertragspartner zu übermittelnden Datenlieferungen andererseits.

II. Übermittlung der Daten

Die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt die nach Nr. I freigegebenen Daten für die einzelnen jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeiträume jährlich jeweils bis zum 30. April nach dem in der Anlage 1 beschriebenen Verfahren und auf Basis der in der Anlage 1 definierten Datensatzbeschreibung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsjahren 2011 bis 2013 bis zum 30. April 2015. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten unter Einsatz der von ihnen eigenständig abzustimmenden sicheren Verfahren innerhalb von vier Wochen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V, regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt, weiter. Bei der Übermittlung und Weiterleitung wird die Integrität der übertragenen Daten ausschließlich mittels Prüfsummen auf Dateiebene überprüft. Die Übereinstimmung der Prüfsummen ist wechselseitig zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu bestätigen und der Datenstelle vor der Weiterleitung der Daten mitzuteilen. Bei Abweichungen zwischen den Prüfsummen auf Dateiebene unterbleibt die Weiterverarbeitung der in den Prüfsummen abweichenden Dateien und diese werden durch die Datenstelle erneut übermittelt. Das Verfahren nach Nr. I Absatz 3 gilt gleichermaßen für eine ggf. erforderliche Austausch- oder Korrekturlieferung.

Dabei ist sicherzustellen, dass den jeweiligen Vertragspartnern jeweils nur die entsprechend zusammengeführten versichertenbezogenen Stamm- bzw. Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bereich übermittelt werden.

In den Daten, die vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt werden, ist der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfänger-kassenart angehörigen Krankenkassen in den Satzarten DS201 und DS202 durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses zu entfernen und ggf. leer oder durch einen Ersatzwert zu übermitteln. Die Feststellung der Empfänger-kassenart erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart DS220.

III. Anonymisierung der Daten

Die pseudonymisierten Versicherten- bzw. der Betriebsstättennummern sowie die Fall-ID gemäß den in der Anlage 1 aufgeführten Datensatzformaten sind vor der Übermittlung der Daten durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses mittels RIPEMD-160 gemäß dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ zu anonymisieren. Hierzu wird ein mindestens 24-stelliges Kennwort verwendet, welches ausschließlich der Datenstelle bekannt ist und für einen je drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeitraum unterschiedlich ist.

IV. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach Beschluss Teil A 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.

Teil B

Bereitstellung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung, der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, insbesondere zur Ermittlung der Anteile der einzelnen Krankenkassen an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V, die Bereitstellung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung, der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme durch das Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015 an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der arztseitigen Rechnungslegung in der Satzart ARZTRG87aKA, Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG und Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V.

Die Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI werden vom Institut des Bewertungsausschusses geprüft und in dem für die Übermittlung an die regionalen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang aufbereitet sowie gemäß der Anlage 2 dieses Beschlusses den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellt.

Das Institut des Bewertungsausschusses stimmt die vorzunehmenden Prüfungen mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in der AG Datenkonzepte erstmals bis zum 30. September 2015 ab und entwickelt diesen Prüfkatalog in Abstimmung mit der AG Datenkonzepte ggf. fortlaufend weiter. Die Träger werden über die Ergebnisse der vorgenommenen Prüfungen informiert.

II. Übermittlung der Daten

Das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt die regional nach gesamtvertragszuständigen KV-Bereichen abgegrenzten

- Daten der arztseitigen Rechnungslegung quartalsweise bis zum 30. Tag des sechsten auf das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) folgenden Monats in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aKA_IK, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 bis zum 30. September 2015,
- Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung quartalsweise bis zum 30. Tag des sechsten auf das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) folgenden Monats in der Satzart ARZTRG87aREG, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 bis zum 30. September 2015,
- Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme quartalsweise bis zum 30. Tag des sechsten auf das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) folgenden Monats in den Satzarten ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 bis zum 30. September 2015

auf Basis der in der Anlage 2 definierten Datensatzbeschreibung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses. Gegebenenfalls erfolgen zeitgleich Korrekturlieferungen zu vorhergehenden Berichtszeiträumen. Zum aktuellen Berichtszeitraum erfolgen bei Bedarf zusätzlich Korrekturlieferungen bis zum 30. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten die Daten innerhalb von 10 Tagen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V weiter.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses stellen sicher, dass den jeweiligen Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V jeweils nur die Daten des jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bereichs übermittelt werden.

Diejenigen Daten, die vom Institut des Bewertungsausschusses über den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen. Die Feststellung der Empfängerkassenarten erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart 219 und Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand.

III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach Beschluss Teil B 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.

Teil C

Bereitstellung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, die Bereitstellung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung durch das Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die gemäß Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014 quartalsweise an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV.

Die Daten in der Satzart KASSRG87aMGV werden vom Institut des Bewertungsausschusses geprüft und in dem für die Übermittlung an die regionalen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang aufbereitet sowie gemäß der Anlage 3 dieses Beschlusses modifiziert und je Kassenärztlicher Vereinigung und Satzart in separaten Dateien den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellt.

Das Institut des Bewertungsausschusses stimmt die vorzunehmenden Prüfungen mit den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in der AG Datenkonzepte erstmals bis zum 30. September 2015 ab und entwickelt diesen Prüfkatalog in Abstimmung mit der AG Datenkonzepte ggf. fortlaufend weiter. Die Träger werden über die Ergebnisse der vorgenommenen Prüfungen informiert.

II. Übermittlung der Daten

Das Institut des Bewertungsausschusses summiert die einerseits von den Krankenkassen, andererseits von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V in der Satzart KASSRG87aMGV jeweils gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung je Berichtsquartal und gesamtvertragszuständiger KV auf und führt die Daten in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM zusammen. Das Institut des Bewertungsausschusses führt eine analoge Datenzusammenführung der Detaildaten je Berichtsquartal, gesamtvertragszuständiger KV und Krankenkasse in der Satzart KASSRG87aMGV_IK durch.

Das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt die regional nach gesamtvertragszuständigen KV-Bereichen abgegrenzten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung quartalsweise in den Satzarten KASSRG87aMGV_SUM und KASSRG87aMGV_IK auf Basis der in der Anlage 3 definierten Datensatzbeschreibung bis zum ersten Tag des achten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, für die Berichtsquartale 1/2014 bis 4/2014 hiervon abweichend bis zum 2. November 2015. Gegebenenfalls erfolgen zeitgleich Korrekturlieferungen zu vorhergehenden Berichtsquartalen. Zum aktuellen Berichtsquartal erfolgen bei Bedarf zusätzlich Korrekturlieferungen bis zum ersten Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten die Daten innerhalb von 10 Tagen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V weiter.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses stellen sicher, dass den jeweiligen Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V jeweils nur die Daten des jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bereichs übermittelt werden.

Diejenigen Daten, die vom Institut des Bewertungsausschusses über den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen. Die Feststellung der Empfängerarten erfolgt an Hand der Kassenartenkennzeichnung gemäß Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand.

III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach Beschluss Teil C 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.

Teil D

Bereitstellung der Daten der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben, insbesondere zur Ermittlung von Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V, die Bereitstellung der Daten der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die gemäß Abschnitt VII. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 quartalsweise vom GKV-Spitzenverband an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gelieferten, geprüften und aufbereiteten monatlichen und durchschnittlichen Versichertenzahlen des Berichtsquartals in der Satzart ANZVER87a_IK.

II. Übermittlung der Daten

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermitteln die regional nach Wohnortprinzip abgegrenzten monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_IK quartalsweise bis zum 25. Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2016 bis zum 25. April 2016, sowie Korrekturlieferungen auf Basis der in der Anlage 4 definierten Datensatzbeschreibung an die jeweiligen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Darüber hinaus übermittelt der GKV-Spitzenverband die regional nach Wohnortprinzip abgegrenzten quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_SUM gemäß Satz 1 an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass den jeweiligen Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V jeweils nur die wohnortbezogenen Daten des jeweiligen KV-Bereichs übermittelt werden.

Diejenigen Daten, die vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen.

Anlage 1

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnort- prinzip regionalisierten Geburtstagsstichprobe von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Be- wertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner

mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten | 14 |
| 2 | Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall) | 19 |
| 3 | Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)..... | 21 |
| 4 | Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung | 22 |
| 5 | Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis..... | 24 |
| 6 | Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei..... | 26 |
| 7 | Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei..... | 27 |
| 8 | Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) | 28 |
| 9 | Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie | 29 |
| 10 | Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen..... | 31 |

1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

| |
|--|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: Für jeden Versicherten (pseudonymisiert als Pseudonym der PersonenID) wird je Quartal, in dem er versichert war, und je Krankenkasse 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 einbezogen.</p> <p>Versichertennummern sind nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß Anlage 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) pseudonymisiert und werden durch die Datenstelle vor der Übermittlung mittels RIPEMD-160 (mind. 12-stelliges Kennwort) anonymisiert.</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 | 5 | alphanum. | konstant „DS201“ |
| 01 | Versicherungsquartal | M | 5 | numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 02 | IK | M | 9 | alphanum. | Institutionskennzeichen aus der Satzart 201 der GSP. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld durch einen Buchstaben (A-Z) in der 1. Stelle und eine laufende Zeilennummer in den weiteren acht Stellen (8-stellig mit führenden Nullen) ersetzt, sodass die Primärschlüsseleigenschaft nicht verletzt wird. |
| 03 | PersonenID | M | 40 | alphanum | Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der PersonenID. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant. |
| 04 | Anzahl Versichertentage | M | ≤ 2 | numerisch | Anzahl der Versichertentage für das Quartal |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigen-schaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---------------------|---------|----------------|------------------|--|
| 05 | Geschlecht | M | 1 | alphanum. | f = female (weiblich) m = male (männlich) |
| 06 | Geburtsjahr | M | 4 | numerisch | Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2011 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1916. Versicherte, die im Kalenderjahr 2012 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1917 und so fort. |
| 07 | Versicher-tenstatus | M | 1 | numerisch | 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner |
| 08 | Verstorben | M | 1 | numerisch | Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst |
| 09 | Flag | M | 1 | numerisch | falls im Rahmen der QS für diesen Versicherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde 2 = Datensatz aus Fehlwertersatz 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung |
| 10 | Wohnort-KV | M | 2 | alphanum. | Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjahres, abgeleitet aus der Postleitzahl. Zu Details, siehe Erläuterungen. |
| 11 | Kennzeichen Wohnort | M | 1 | numerisch | Kennzeichnung zum Wohnsitz des Versicherten: 0 = Wohnsitz im Inland (PLZ in der GSP zuordenbar) 1 = Wohnsitz im Ausland (PLZ in der GSP ist ‚AUSLA‘) 2 = unbekannter Wohnsitz (PLZ in der GSP nicht zuordenbar) |
| 12 | Rechtsnachfolger-IK | m | 9 | alphanum. | IK des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß DS220. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigen-schaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|--|---------|----------------|------------------|---|
| | | | | | so wird dieses Feld geleert. |
| 13 | Gewich-tungsfaktor | K | 7,4 | dezimal | Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss. Übermittlung ggf. im Rahmen einer Ergänzungsdatenlieferung. |
| 14 | Kalendertag des Geburts-tags | M | ≤ 2 | numerisch | Kalendertag des Geburtstags des Versi-cherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. |
| 15 | Kostenüber-nahme | M | 1 | numerisch | Angabe, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt: 0 = nein 1 = ja |
| 16 | Kennzeichen Selektivver-tragsteilnah-me | M | ≤ 5 | alphanum. | 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. Das Kennzeichen setzt sich aus folgen-den Buchstaben zusammen: k = keine Teilnahme an einem Selektiv-vertrag a = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 140a SGB V b = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73b SGB V c = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73c SGB V d = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 63 SGB V u = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen, deren Vertragsart nicht feststellbar ist |
| 17 | Kennzeichen selektivver-traglicher Abrech-nungsweg | K | 1 | numerisch | Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivver-tragsteilnehmer mit Abrechnungsweg voll-ständig über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird dieses Feld leer („NULL“) übermittelt. Die Datensätze zu Versicherten mit einem Wert ungleich „k“ im Feld 16 erhalten in |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigen-schaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---|---------|----------------|------------------|--|
| | | | | | <p>diesem Feld den Wert „2“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Geburtstagsstichprobe ein sonstiger Abrechnungsweg dokumentiert wurde, sonst erhalten diese Datensätze in diesem Feld den Wert „1“.</p> <p>Werden für die GSPR mehrere Datensätze der Geburtstagsstichprobe mit unterschiedlichen Abrechnungswegen zu einem Versicherten, einem Institutionskennzeichen und einem Quartal zusammengefasst, so wird der erste auftretende Wert entsprechend der Reihenfolge „2“, „1“, „NULL“ übernommen.</p> |
| 18 | Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags | M | 1 | numerisch | <p>Unabhängig von der Angabe in Feld 16 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</p> <p>2 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich vollständig</p> <p>3 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig</p> <p>4 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist sowohl in Bezug auf hausärztlichen als auch fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig</p> <p>5 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf den hausärztlichen oder auf den fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig. Diese Ausprägung ist nur bis zum Versicherungsquartal 20134 zulässig.</p> <p><u>Hinweis:</u> Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.</p> |

Erläuterungen zur Satzart DS201

a) Zu Datenfeldern 02 (IK) und 11 (Kennzeichen Wohnort)

Die Abkürzung GSP bezieht sich auf die Satzarten der Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

b) Zu Datenfeld 10 (Wohnort-KV)

Für Berichtsjahre ohne Lieferung der Wohnort-KV in der Geburtstagsstichprobe gilt das folgende Zuordnungsverfahren:

Die Zuordnung der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der von der KBV bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet: Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt. Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe ihren Sitz hat. Bei der Zuordnung einer KV-Nummer zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

1. Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet.
2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

| |
|---|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä bzw. § 25 EKV (in der bis zum 30.09.2013 gültigen Fassung) von Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses mindestens ein Datensatz aus Satzart DS201 zugeordnet werden konnte.</p> <p>Primärschlüssel: Das Feld 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart DS202 (KV-Fall) mit der Satzart DS203 (Diagnosen) und der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen). Für bereichseigene Behandlungsfälle gilt: Die Felder 01, 04 und 05 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart DS211 (Betriebsstättenverzeichnis).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 06 bis 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p> |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|--------------------------|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 5 | alphanum. | konstant „DS202“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 02 | Rechtsnachfolger-IK | m | 9 | alphanum. | Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert. |
| 03 | Fall_ID | M | 40 | alphanum. | Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation. Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung der in der Datenstelle vorliegenden Fall-ID des Abrechnungsfalles. |
| 04 | Betriebsstättenpseudonym | M | 40 | alphanum. | Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR). Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird das Betriebsstättenpseudonym durch den Wert „F...FFxxx“ (36 mal F) ersetzt, dabei bezeichnet „xxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte. |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigen-schaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---------------|---------|----------------|------------------|--|
| 05 | KV-Nummer | M | 2 | alphanum. | Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2. Davon abweichende Kennzeichnung für Fremdfälle: 00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschieden sind |
| 06 | 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 |
| 07 | 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 |
| 08 | Leistungstage | M | ≤ 3 | numerisch | Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen |
| 09 | 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 |
| 10 | PersonenID | M | 40 | alphanum. | Pseudonym, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen. |
| 11 | Wohnort-KV | M | 2 | alphanum | Wohnort-KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 10 übernommen. |
| 12 | Flag | M | 1 | numerisch | falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung |

3 Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)

| |
|--|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisierung und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart DS202 (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 | 5 | alphanum. | konstant „DS203“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 02 | Rechtsnachfolger-IK | K | 9 | alphanum. | Dieses Feld wird leer übermittelt, d.h. es folgen zwei Spaltentrennzeichen unmittelbar aufeinander. |
| 03 | Fall_ID | M | 40 | alphanum. | aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall |
| 04 | Diagnosenzähler | M | ≤ 4 | numerisch | Zähler für die Diagnosen, beginnend mit „1“ |
| 05 | Diagnose, kodiert | M | ≥ 3, ≤ 10 | alphanum. | Angabe des Diagnose-Codes |
| 06 | Diagnosesicherheit | M | 1 | alphanum. | A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose |
| 07 | Seitenlokalisierung | K | 1 | alphanum. | B = Beidseitig L = Links R = Rechts |

4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

| |
|--|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 und 10 sind ganzzahlig zu übermitteln. Es können abrechnungsbedingte Abweichungen zwischen den Einträgen in Feld 07 bzw. Feld 10 zu den jeweiligen Stammdateneinträgen (Satzart DS215, Felder 05, 06 bzw. 08, 09) bestehen.</p> |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|-------------------------|---------|----------------|-----------------|--|
| 00 | Satzart | M | 5 | alphanum. | konstant „DS210“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 02 | Rechtsnachfolger-IK | K | 9 | alphanum. | Dieses Feld wird leer übermittelt, d. h. es folgen zwei Spaltentrennzeichen unmittelbar aufeinander. |
| 03 | Fall_ID | M | 40 | alphanum. | aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall |
| 04 | GOP-Zähler | M | ≤ 4 | numerisch | Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit „1“ |
| 05 | GOP | M | ≤ 6 | alphanum. | Gebührenordnungsposition, linksbündig |
| 06 | Anzahl | M | ≤ 8 | numerisch | Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet. |
| 07 | Leistungsbedarf der GOP | M | ≤ 8 | numerisch | Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach EBM unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06 an. |
| 08 | KzWert | M | 1 | numerisch | Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 07: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst |
| 09 | Art der Inanspruchnahme | M | 1 | numerisch | Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------------|-------------|----------------|-----------------------|------------------------|--|
| 10 | LB_EURO_GO | M | ≤ 8 | numerisch | Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06 |

5 Satzart DS211 – 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 zu solchen Betriebsstätten des jeweiligen KV-Bereichs ein Datensatz geliefert, für die Versichertenangaben aus Satzart DS201 erfolgreich Fallangaben aus Satzart DS202 zugeordnet werden konnten.</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 | 5 | alphanum. | konstant „DS211“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 02 | Betriebsstättenpseudonym | M | 40 | alphanum. | Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR). |
| 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 nach Tätigkeitsschwerpunkt 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: Fachschwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fachübergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwerpunktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------------|-------------|----------------|-----------------------|------------------------|---|
| | | | | | 21 = MVZ 50 = Krankenhaus 90 = Sonstige |

6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

| |
|---|
| Dateiinhalt: |
| Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind ICD-10-Diagnosen, die im Rahmen der Abrechnung verwendet werden können und nach SGB V zulässig sind. |
| Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig. |
| Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen #“ getrennt. |
| Der Dateiname ist DS213_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung. |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|----------------------|---------|----------------|-----------------|--|
| 00 | Satzart | M | 5 | alphanum. | konstant „DS213“ |
| 01 | Gültigkeitszeitraum | M | 4 | numerisch | Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes |
| 02 | ICD-10-Code | M | ≥ 3, ≤ 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: +, *, ! |

7 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

| |
|---|
| Dateiinhalt: |
| 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 | 5 | alphanum. | konstant „DS215“ |
| 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 |

8 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

| |
|--|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: In der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse. Diese wird identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK. Der Primärschlüssel wird aus dem Feld 01 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p> <p>Der Dateiname ist DS219_00000_00_Lieferdatum.Endung, es erfolgt keine Stückelung.</p> |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---------------|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 5 | alphanum. | konstant „DS219“ |
| 01 | KVK-IK | M | 9 | alphanum. | Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen |
| 02 | Kassensitz-IK | M | 9 | alphanum. | Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern) |
| 03 | Flag | M | 1 | numerisch | Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung |

9 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

| |
|--|
| Dateiinhalt: |
| <p>Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart DS219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart DS220 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> <p>Der Dateiname ist DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung, es erfolgt keine Stückelung.</p> |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 5 | alphanum. | konstant „DS220“ |
| 01 | Kassensitz-IK | M | 9 | alphanum. | Kassensitz-IK gemäß Satzart DS219 |
| 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 |
| 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 |

| Feld Nr | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|---------|------------------|---------|----------------|-----------------|---|
| 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 | <p>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)</p> |
| 13 | Flag | M | 1 | numerisch | <p>Falls im Rahmen der QS für dieses Kassensitz-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde:</p> <p>1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten)</p> <p>0 = keine Kennzeichnung</p> |

10 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

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

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. Die Datenstelle des Bewertungsausschusses erstellt für die zu übermittelnden Dateien jeweils einzelne mittels des 256-bit AES-Algorithmus verschlüsselte ZIP-Archive. Als einheitliches Kennwort der ZIP-Archive erzeugt die Datenstelle eine echte alphanumerische Zeichenkette der Länge 24 und übermittelt dieses den Empfängern getrennt für die jeweilige Lieferung.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Für Datenübermittlungen durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in dem für die Übermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses sowie für die Weiterleitung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS215) und die kassenseitigen Gesamtvertragspartner (DS203, DS210, DS211, DS215) vorgesehenen Umfang:

Satzart_Quartal_KV_Lieferdatum.Endung

Für Datenübermittlungen der Satzarten DS201 und DS202 durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses in dem für die Weiterleitung an die kassenseitigen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang:

Satzart_Quartal_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Lieferdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart fünfstellig alphanumerisch
(DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220),
KV zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2,
Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),
Quartal fünfstellig numerisch
(20111, 20112, ...),
Lieferdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT) und
Endung entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskonvention lautet

DS213_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung

Die Satzarten DS219 und DS220 werden je Lieferung nur einmal übermittelt, die Dateinamenskonventionen lauten

DS219_00000_00_Lieferdatum.Endung
bzw.
DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung

Anlage 2

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2015

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Satzart ARZTRG87aKA_SUM..... | 34 |
| 2 | Satzart ARZTRG87aKA_IK | 37 |
| 3 | Satzart ARZTRG87aREG..... | 41 |
| 4 | Satzart ARZTRG87aNVI_SUM..... | 42 |
| 5 | Satzart ARZTRG87aNVI_IK | 44 |
| 6 | Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen..... | 46 |

1 Satzart ARZTRG87aKA_SUM

Dateiinhalt:

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

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

Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossener Kassen werden nicht berücksichtigt.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 05 bis 08 und 12 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|-----------------------------|---------|----------------|-----------------|--|
| 00 | Satzart | M | 15 | Alphanum. | Konstant „ARZTRG87aKA_SUM“ |
| 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 |
| 04 | Anzahl | M | ≤ 12 | Numerisch | Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung |
| 05 | KzWert | M | 1 | Numerisch | Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) 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 |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|-----------------------------|---------|----------------|-----------------|---|
| | | | | | Ort der Arztpraxen ab. |
| 07 | 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 |
| 08 | Leistungssegmentkennzeichen | M | ≤ 10 | Alphanum. | Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4 |
| 09 | 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 |
| 10 | 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 |
| 11 | 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 |
| 12 | KV am Ort der Arztpraxis | M | 2 | Alphanum. | Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2 |

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA_SUM

a) Zu Datenfeld 02 (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 06 (MGV_EGV_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Arztpraxis der MGV, der EGV oder der NVI zuzuordnen ist. Dieses Kennzeichen eignet sich daher nicht zur Bestimmung der Leistungsbedarfsabgrenzung gemäß der MGV/EGV-Zuordnung in der gesamtvertragszuständigen KV.

c) Zu Datenfeld 09 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 10 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 11 (LB_EURO_GO)

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

2 Satzart ARZTRG87aKA_IK

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 | 14 | Alphanum. | Konstant „ARZTRG87aKA_IK“ |
| 01 | VKNR | M | 5 | Alphanum. | Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse im Abrechnungsquartal |
| 02 | Abrechnungs-IK | M | 9 | Alphanum. | Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a |
| 03 | Kassenart | M | 2 | Alphanum. | Kostenträgerart im Abrechnungsquartal 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | 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 |
| 17 | Datenempfänger | M | 9 | Alphanum. | IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung |
| 18 | Datenempfänger-Kassenart | M | 2 | Alphanum. | Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes |

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA_IK

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 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 Satzart ARZTRG87aNVI_SUM

| Dateiinhalt: |
|--|
| <p>Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV), GOP und KV am Ort der Arztpraxis wird höchstens ein Datensatz geliefert.</p> <p>Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossener Kassen werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 16 | Alphanum. | Konstant „ARZTRG87aNVI_SUM“ |
| 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 |
| 04 | Anzahl | M | ≤ 12 | Numerisch | Häufigkeit der GOP |
| 05 | 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. |
| 06 | KV am Ort der Arztpraxis | M | 2 | Alphanum. | Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2 |

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI_SUM

Zu Datenfeld 02 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

5 Satzart ARZTRG87aNVI_IK

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 11 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 15 | Alphanum. | Konstant „ARZTRG87aNVI_IK“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | Numerisch | Abrechnungsquartal im Format JJJJQ |
| 02 | VKNR | M | 5 | Alphanum. | Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse im Abrechnungsquartal |
| 03 | Abrechnungs-IK | M | 9 | Alphanum. | Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a |
| 04 | Kassenart | M | 2 | Alphanum. | Kostenträgerart im Abrechnungsquartal 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 Regelun- |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--------------------------|---------|----------------|-----------------|--|
| | | | | | gen in der gesamtvertragszuständigen KV ab. |
| 09 | Datenempfänger | M | 9 | Alphanum. | IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung |
| 10 | Datenempfänger-Kassenart | M | 2 | Alphanum. | Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes |
| 11 | KV am Ort der Arztpraxis | M | 2 | Alphanum. | Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2 |

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI_IK

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.

6 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

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

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.

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

Im Falle der Nichtberücksichtigung geschlossener Kassen in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM ist vom Institut des Bewertungsausschusses eine Liste der Abrechnungs-IKs dieser Krankenkassen zusammen mit der eigentlichen Datenlieferung zu übermitteln.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Satzart_KV_Quartal_Lieferdatum.Endung

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an den GKV-Spitzenverband:

Satzart_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Lieferdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch

(ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK, ARZTRG87aREG),

KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2,

Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch

(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),

Datenempfänger neunstellig alphanumerisch

(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 00000000),

Quartal fünfstellig numerisch

(20151, 20152 ...),

Lieferdatum achtstellig numerisch

(JJJJMMTT),

Endung csv.

Anlage 3

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2014

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Satzart KASSRG87aMGV_SUM | 48 |
| 2 | Satzart KASSRG87aMGV_IK..... | 55 |
| 3 | Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen..... | 59 |

1 Satzart KASSRG87aMGV_SUM

Dateiinhalte:

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

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|-----------------|---|
| 00 | Satzart | M | 16 | Alphanum. | Konstant „KASSRG87aMGV_SUM“ |
| 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 | Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 3 | Alphanum. | Vektordarstellung des kassenseitig übermittelten Kennzeichens zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 04 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|---|---------|----------------|-----------------|---|
| | | | | | Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |
| 04 | Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 3 | Alphanum. | Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 05 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |
| 05 | Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen | M | 13,1 | Dezimal | Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|---|---------|----------------|-----------------|---|
| | der Krankenkassen | | | | Krankenkassen. |
| 06 | Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 13,1 | Dezimal | Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. |
| 07 | Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 3 | Alphanum. | <p>Vektordarstellung des kassenseitig übermittelten Kennzeichens zum basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal.</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 08 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft.</p> <p>Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert</p> |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|------------------|--|
| 08 | Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 3 | Alphanum. | <p>Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zum basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal.</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 09 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft.</p> <p>Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert</p> |
| 09 | Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 13,1 | Dezimal | <p>Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 05, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Krankenkassen.</p> |

| Feld Nr. | Feld | Feld-art | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|----------|----------------|------------------|---|
| 10 | Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 13,1 | Dezimal | 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, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. |
| 11 | Kennzeichen Versichertenanzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 3 | Alphanum. | <p>Vektordarstellung des kassenseitig übermittelten Kennzeichens zur Versichertenanzahl im Abrechnungsquartal.</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 12 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragzuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft.</p> <p>Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert</p> |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|---|---------|----------------|-----------------|---|
| 12 | Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungs- quartal aus Da- tenlieferungen der Kassenärzt- lichen Vereini- gungen | M | 3 | Alphanum. | <p>Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zur Versichertenzahl im Abrechnungsquartal.</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 13 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft.</p> <p>Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert</p> |
| 13 | Versichertenzahl im Abrechnungs- quartal aus Da- tenlieferungen der Krankenkas- sen | M | ≤ 8 | Numerisch | Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Krankenkassen |
| 14 | Versichertenzahl im Abrechnungs- quartal aus Da- tenlieferungen der Kassenärzt- lichen Vereini- gungen | M | ≤ 8 | Numerisch | Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen |

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV_SUM

Zu Datenfeld 02 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

2 Satzart KASSRG87aMGV_IK

| Dateiinhalt: | |
|--|--|
| <p>Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV (WOP-KV) wird mit Ausnahme von Satz 2 (Hinweis) genau ein Datensatz geliefert.</p> <p>Hinweis: 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. Diese Kombinationen aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV entfallen ebenso in der Satzart KASSRG87aMGV_IK.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> | |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|-----------------|--|
| 00 | Satzart | M | 15 | Alphanum. | Konstant „KASSRG87aMGV_IK“ |
| 01 | Abrechnungsquartal | M | 5 | Numerisch | Abrechnungsquartal im Format JJJJQ |
| 02 | Abrechnungs-IK | M | 9 | Alphanum. | Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a |
| 03 | Gesamtvertragszuständige KV | M | 2 | Alphanum. | Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (WOP-KV) gemäß Schlüsselverzeichnis 2 |
| 04 | Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 06 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |

| Feld Nr. | Feld | Feld-art | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|-----------------|---|-----------------|-----------------------|-------------------------|--|
| 05 | Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 07 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |
| 06 | Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | m | 13,1 | Dezimal | Für den Fall, dass in Feld 04 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, aus Datenlieferungen der Krankenkassen. |
| 07 | Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | 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, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. |
| 08 | Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 10 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |

| Feld Nr. | Feld | Feld-art | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|-----------------|--|-----------------|-----------------------|-------------------------|---|
| 09 | Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 11 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |
| 10 | Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Krankenkassen | m | 13,1 | Dezimal | Für den Fall, dass in Feld 08 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, aus Datenlieferungen der Krankenkassen |
| 11 | Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | m | 13,1 | Dezimal | Für den Fall, dass in Feld 09 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 07, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen |
| 12 | Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 14 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |

| Feld Nr. | Feld | Feld-art | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|----------|----------------|------------------|--|
| 13 | Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | M | 1 | Numerisch | Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 15 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert |
| 14 | Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen | m | ≤ 8 | Numerisch | Für den Fall, dass in Feld 12 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Krankenkassen |
| 15 | Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen | m | ≤ 8 | Numerisch | Für den Fall, dass in Feld 13 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen |
| 16 | Datenempfänger | M | 9 | Alphanum. | IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung |
| 17 | Datenempfänger-Kassenart | M | 2 | Alphanum. | Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes |

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV_IK

Zu Datenfeld 03 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

Hinweis: 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.

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne führende Nullen. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Satzart_KV_Quartal_Lieferdatum.Endung

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an den GKV-Spitzenverband:

Satzart_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Lieferdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch

(KASSRG87aMGV_SUM, KASSRG87aMGV_IK),

KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2,

Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch

(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),

Datenempfänger neunstellig alphanumerisch

(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 00000000),

Quartal fünfstellig numerisch

(20141, 20142, ...),

Lieferdatum achtstellig numerisch

(JJJJMMTT),

Endung csv.

Anlage 4

des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

**Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach dem
Wohnortprinzip regionalisierten monatlichen und quartalsdurch-
schnittlichen Versichertenzahlen vom GKV-Spitzenverband an die
regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die
Kassenärztlichen Vereinigungen**

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016

(Stand: 1. April 2015)

Inhalt

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Satzart ANZVER87a_SUM..... | 61 |
| 2 | Satzart ANZVER87a_IK..... | 64 |
| 3 | Festlegungen zur Datenübermittlung..... | 73 |

1 Satzart ANZVER87a_SUM

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Pro Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern.

Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert.

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|---|---------|----------------|-----------------|--|
| 00 | Satzart | M | 13 | Alphanum. | Konstant „ANZVER87a_SUM“ |
| 01 | Erstellungsdatum | M | 8 | Numerisch | Erstellungsdatum der einzelnen Erst-/Korrekturdatenlieferungen im Format JJJJMMTT |
| 02 | Quartal | M | 5 | Numerisch | Quartal im Format JJJJQ |
| 03 | 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. |
| 04 | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte | M | ≤ 8 | Numerisch | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk. |
| 05 | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung (Davon-Ausweis) | M | ≤ 8 | Numerisch | 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 04. |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|--|---------|----------------|-----------------|---|
| 06 | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer | M | ≤ 8 | Numerisch | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adresdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse). |
| 07 | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen | M | ≤ 8 | Numerisch | Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. |

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a_SUM

Zu Feldern 04 bis 07 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis/Wohnausländer/betreute Personen):

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

- a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Feld 04),
- 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 (Feld 05),
- c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adresdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Feld 06) sowie
- d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Feld 07).

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 (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.

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).

Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versicherten-

zahlen, definiert als Summe der Monatswerte geteilt durch die Anzahl der Monate ohne Missingwert zu bestimmen.

Missingwerte werden bei der Summierung nicht berücksichtigt.

2 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | 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 | Feldart | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feldeigenschaft | 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 | Feld-art | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | K | 9 | Alphanum. | Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu das IK des logischen Empfängers auf Kassenseite. Dieses Feld ist nur im Rahmen der Datenübermittlung durch den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. |
| 24 | Verarbeitungskennzeichen 2 | K | 2 | Alphanum. | Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu die Kassenart des logischen Empfängers auf Kassenseite. Dieses Feld ist nur im Rahmen der Datenübermittlung durch den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. |

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

- 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 Festlegungen zur Datenübermittlung

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

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne führende Nullen. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

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

Folgende Dateinamenskonventionen sind einzuhalten:

ANZVER87a_IK_KV_Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

ANZVER87a_SUM_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

KV zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2,

Kassenart alphanumerisch

(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),

Datenempfänger neunstellig alphanumerisch

(für Ersatzkassen in Datenbereitstellungen an die kassenseitigen Gesamtvertragspartner: IK im Format CCCCCCCC; sonst: konstant 00000000),

Quartal fünfstellig numerisch

(20161, 20162, ...),

Erstellungsdatum achtstellig numerisch

(JJJJMMTT),

Endung csv.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 6 SGB V einen Beschluss zu Datenlieferungen von der Bundesebene an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V für die Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V gefasst.

2. Aufbau des Beschlusses

Der vorliegende Beschluss orientiert sich am Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), und führt die dort beschlossenen Datenlieferungen in angepasster Form fort. Daher ist es notwendig, dass der hier vorliegende Beschluss eine Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), festlegt. Durch die in der Präambel getroffenen Festlegungen wird ein nahtloser Übergang bei der Übermittlung der durch die regionalen Gesamtvertragspartner benötigten Datengrundlagen gewährleistet.

Der Beschluss gliedert sich in die Teile A, B, C und D, wobei jeder Teil die routinemäßige Übermittlung einer zentralen Datengrundlage an die regionalen Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung betrifft. Diese Routedatenlieferungen sind grundsätzlich als unbefristete Datenlieferungen angelegt.

Inhaltlich knüpft der Beschluss an den Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an. In diesem separaten Beschluss werden unter anderem die Datenlieferungen an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses festgelegt, welche den Datenlieferungen an die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß § 87a Abs. 6 SGB V vorgeschaltet sind.

Die bisher als Anlage angeführten Schlüsselverzeichnisse werden gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zukünftig auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses veröffentlicht und sind daher nicht Teil des hier vorliegenden Beschlusses.

Für alle beim Institut und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses vorliegenden Daten wird ein Kapitel *Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen* aufgenommen, in dem Löschfristen für diese Daten festgelegt werden. Diese Anpassung ist nötig, da die bisher im *Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss* vorgenommenen Festlegungen entfallen. Des Weiteren wird durchgehend festgelegt, dass die Übertragung der Daten ausschließlich durch leitungsgebundene, sichere Datenübertragung (per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren) unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben zu erfolgen hat.

Für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V erforderliche Datenlieferungen, zu denen der Bewertungsausschuss bereits Beschlüsse gefasst hat, bleiben, mit Ausnahme der Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), von diesem Beschluss unberührt.

3. Regelungsinhalte

Zu Teil A:

In Teil A erfolgen Festlegungen für die Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe, beginnend mit dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013 zum 30. April 2015, an die regionalen Vertragspartner.

Neben redaktionellen Überarbeitungen erfolgt dabei eine inhaltliche Anpassung der Anlage 1.

In der Satzart DS201 wird die Kennzeichnung, ob ein Versicherter an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilnimmt, durch eine erweiterte Angabe mit Informationen zu den Vertragstypen, an denen der Versicherte teilnimmt, ersetzt. Das Kenn-

zeichen zum selektivvertraglichen Abrechnungsweg erlaubt nun den eindeutigen Rückschluss auf die Gründe für die Kennzeichnung der Selektivvertragsteilnahme.

Als Anpassung an das rollierende Panel, das zur Ziehung der Versicherten herangezogen wird und das den Austausch einzelner Kalendertage des Geburtstages vorsieht, wird anstelle der bisherigen Übermittlung der Geburtskalendertagsgruppe nun der einzelne Kalendertag des Geburtstages übermittelt.

Um Versicherte, für die eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt, bei Bedarf gesondert berücksichtigen zu können, wird die Kennzeichnung aus der kassenseitigen Anlieferung der Daten auch an die Gesamtvertragspartner und die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgeliefert.

Als Folgeänderung aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird das ab dem Berichtsjahr 2014 in der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe neu zu übermittelnde Feld *Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags* in die Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner einbezogen.

In der Satzart DS202 wird klargestellt, dass das Feld Fall_ID vor der Auslieferung durch die Datenstelle überschlüsselt wird.

Die Satzart DS220 wird infolge eines vereinfachten Lieferschemas in der Geburtstagsstichprobe auch in der Übermittlung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe so angepasst, dass zu jedem Kassensitz-IK die aktuelle Fusionskasse sofort ersichtlich ist.

Zu Teil B und C:

In den Teilen B und C erfolgen Festlegungen für die Bereitstellung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 zum 30. September 2015, sowie für die Bereitstellung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2014 zum 2. November 2015, an die regionalen Vertragspartner.

Für diese wird festgehalten, dass die vom Institut des Bewertungsausschusses vor der Weiterleitung der Daten vorzunehmenden Prüfungen mit der AG Datenkonzepte abzustimmen sind.

Des Weiteren wird die Übermittlung von Korrekturlieferungen bei formalen und inhaltlichen Fehlern weiter konkretisiert. Die Bereitstellung von Korrekturen vorhergehender Berichtszeiträume erfolgt nun zeitgleich zur Auslieferung des jeweils aktuellen Berichtsquartals. Zum aktuellen Berichtszeitraum erfolgen bei Bedarf, sofern beim Institut des Bewertungsausschusses entsprechende Korrekturen vorliegen, zusätzlich Korrekturlieferungen bis zum 30. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats

für die Daten der arztseitigen Rechnungslegung und bis zum ersten Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats für die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung. Hierdurch wird sichergestellt, dass einerseits die Möglichkeit von Korrekturen bestehen bleibt, andererseits jedoch auch stets Klarheit darüber besteht, wann diese Korrekturen erfolgen können.

Der Beschluss stellt außerdem klar, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Datenlieferungen gemäß den Teilen B und C nach gesamtvertragszuständiger KV regional abgrenzt und bereitstellt. Infolgedessen wird das Feld *WOP-Kennzeichen* als parallele und inhaltsgleiche Kodierung der KV in allen Satzarten entfernt.

Die Bereitstellung der Daten der regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nun quartalsweise. Dadurch wird gewährleistet, dass die Satzart für die Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V auch bei unterjährigen Änderungen stets in der korrekten Abgrenzung vorliegt. In der Anlage 2 werden, neben der dadurch notwendigen Umstellung der Datensatzbeschreibung der Satzart ARZTRG87aREG, die Dateninhalte dahingehend angepasst, dass das Feld *KV am Ort der Arztpraxis* analog zur Satzart ARZTRG87aKA_IK auch in die Satzart ARZTRG87aKA_SUM sowie in die Satzarten ARZTRG87aNVI_IK und ARZTRG87aNVI_SUM aufgenommen wird.

Die Datensatzbeschreibungen der kassenseitigen Rechnungslegung in Anlage 3 werden dahingehend angepasst, dass den Vorgaben zur Berechnung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 und dem daraus resultierenden Anpassungsbedarf an der Satzart KASSRG87aMGV im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Rechnung getragen wird und den regionalen Gesamtvertragspartnern der basiswirksam vereinbarte Behandlungsbedarf ausgewiesen wird. Außerdem wird auf Erfahrungen bei der Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), reagiert und eine Kennzeichnung eingeführt, ob die in den Satzarten KASSRG87aMGV_IK und KASSRG87aMGV_SUM enthaltenen Werte endgültig, vorläufig oder fehlend sind.

Schließlich werden in den Teilen B und C die Felder *Rechtsnachfolger-IK* und *Rechtsnachfolger-Kassenart* in *Datenempfänger* und *Datenempfänger-Kassenart* umbenannt. Dies stellt klar, dass diese Felder nur für die technische Weiterleitung der Daten herangezogen werden sollen.

Zu Teil D:

Analog zu den in den Teilen B und C definierten Datenbereitstellungen der KASSRG87aMGV- und ARZTRG87a-Daten beschließt der Bewertungsausschuss die Bereitstellung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in den Satzarten ANZVER87a_IK und ANZVER87a_SUM an die regionalen Vertragspartner zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2016 zum 25. April 2016.

Die bisher in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 und im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) nur einseitig definierte Bereitstellung der Versichertenzahlen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch den vorliegenden Beschluss formalisiert und erfolgt zur Sicherstellung der Weiterleitung symmetrischer Informationen an beide Seiten der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Basierend auf den gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) von den Krankenkassen übermittelten Daten werden dabei die monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen den Vertragspartnern in der Satzart ANZVER87a_IK bereitgestellt.

Diejenigen Daten, die vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten dabei kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen.

Zusätzlich erfolgt für die kassenseitigen Vertragspartner die Bereitstellung von kassenartenübergreifend aufsummierten quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_SUM. Auf die Übermittlung der ANZVER87a_SUM an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird aus Gründen der Datensparsamkeit verzichtet, da sich diese Daten direkt aus der ANZVER87a_IK ergeben.

Abweichend vom in § 87a Abs. 6 SGB V definierten Lieferweg, stellen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die gemäß Abschnitt VII. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sowie vom GKV-Spitzenverband an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gelieferten Daten direkt der jeweiligen Seite der Vertragspartner bereit. Durch eine Aufbereitung der Daten beim Institut des Bewertungsausschusses könnte die Auslieferung in dem sehr engen Zeitrahmen von fünf Kalendertagen nicht gewährleistet werden.

4. Inkrafttreten

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 6 SGB V einen Beschluss zu Datenlieferungen von der Bundesebene an die regionalen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V für die Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V gefasst.

2. Aufbau des Beschlusses

Der vorliegende Beschluss orientiert sich am Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), und führt die dort beschlossenen Datenlieferungen in angepasster Form fort. Daher ist es notwendig, dass der hier vorliegende Beschluss eine Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), festlegt. Durch die in der Präambel getroffenen Festlegungen wird ein nahtloser Übergang bei der Übermittlung der durch die regionalen Gesamtvertragspartner benötigten Datengrundlagen gewährleistet.

Der Beschluss gliedert sich in die Teile A, B, C und D, wobei jeder Teil die routinemäßige Übermittlung einer zentralen Datengrundlage an die regionalen Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung betrifft. Diese Routedatenlieferungen sind grundsätzlich als unbefristete Datenlieferungen angelegt.

Inhaltlich knüpft der Beschluss an den Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an. In diesem separaten Beschluss werden unter anderem die Datenlieferungen an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses festgelegt, welche den Datenlieferungen an die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß § 87a Abs. 6 SGB V vorgeschaltet sind.

Die bisher als Anlage angeführten Schlüsselverzeichnisse werden gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zukünftig auf der Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses veröffentlicht und sind daher nicht Teil des hier vorliegenden Beschlusses.

Für alle beim Institut und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses vorliegenden Daten wird ein Kapitel *Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen* aufgenommen, in dem Löschfristen für diese Daten festgelegt werden. Diese Anpassung ist nötig, da die bisher im *Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss* vorgenommenen Festlegungen entfallen. Des Weiteren wird durchgehend festgelegt, dass die Übertragung der Daten ausschließlich durch leitungsgebundene, sichere Datenübertragung (per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren) unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben zu erfolgen hat.

Für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V erforderliche Datenlieferungen, zu denen der Bewertungsausschuss bereits Beschlüsse gefasst hat, bleiben, mit Ausnahme der Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), von diesem Beschluss unberührt.

3. Regelungsinhalte

Zu Teil A:

In Teil A erfolgen Festlegungen für die Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe, beginnend mit dem Berichtszeitraum 2011 bis 2013 zum 30. April 2015, an die regionalen Vertragspartner.

Neben redaktionellen Überarbeitungen erfolgt dabei eine inhaltliche Anpassung der Anlage 1.

In der Satzart DS201 wird die Kennzeichnung, ob ein Versicherter an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilnimmt, durch eine erweiterte Angabe mit Informationen zu den Vertragstypen, an denen der Versicherte teilnimmt, ersetzt. Das Kenn-

zeichen zum selektivvertraglichen Abrechnungsweg erlaubt nun den eindeutigen Rückschluss auf die Gründe für die Kennzeichnung der Selektivvertragsteilnahme.

Als Anpassung an das rollierende Panel, das zur Ziehung der Versicherten herangezogen wird und das den Austausch einzelner Kalendertage des Geburtstages vorsieht, wird anstelle der bisherigen Übermittlung der Geburtskalendertagsgruppe nun der einzelne Kalendertag des Geburtstages übermittelt.

Um Versicherte, für die eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt, bei Bedarf gesondert berücksichtigen zu können, wird die Kennzeichnung aus der kassenseitigen Anlieferung der Daten auch an die Gesamtvertragspartner und die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgeliefert.

Als Folgeänderung aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird das ab dem Berichtsjahr 2014 in der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe neu zu übermittelnde Feld *Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags* in die Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner einbezogen.

In der Satzart DS202 wird klargestellt, dass das Feld Fall_ID vor der Auslieferung durch die Datenstelle überschlüsselt wird.

Die Satzart DS220 wird infolge eines vereinfachten Lieferschemas in der Geburtstagsstichprobe auch in der Übermittlung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe so angepasst, dass zu jedem Kassensitz-IK die aktuelle Fusionskasse sofort ersichtlich ist.

Zu Teil B und C:

In den Teilen B und C erfolgen Festlegungen für die Bereitstellung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2015 zum 30. September 2015, sowie für die Bereitstellung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2014 bis 4/2014 zum 2. November 2015, an die regionalen Vertragspartner.

Für diese wird festgehalten, dass die vom Institut des Bewertungsausschusses vor der Weiterleitung der Daten vorzunehmenden Prüfungen mit der AG Datenkonzepte abzustimmen sind.

Des Weiteren wird die Übermittlung von Korrekturlieferungen bei formalen und inhaltlichen Fehlern weiter konkretisiert. Die Bereitstellung von Korrekturen vorhergehender Berichtszeiträume erfolgt nun zeitgleich zur Auslieferung des jeweils aktuellen Berichtsquartals. Zum aktuellen Berichtszeitraum erfolgen bei Bedarf, sofern beim Institut des Bewertungsausschusses entsprechende Korrekturen vorliegen, zusätzlich Korrekturlieferungen bis zum 30. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats

für die Daten der arztseitigen Rechnungslegung und bis zum ersten Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats für die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung. Hierdurch wird sichergestellt, dass einerseits die Möglichkeit von Korrekturen bestehen bleibt, andererseits jedoch auch stets Klarheit darüber besteht, wann diese Korrekturen erfolgen können.

Der Beschluss stellt außerdem klar, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Datenlieferungen gemäß den Teilen B und C nach gesamtvertragszuständiger KV regional abgrenzt und bereitstellt. Infolgedessen wird das Feld *WOP-Kennzeichen* als parallele und inhaltsgleiche Kodierung der KV in allen Satzarten entfernt.

Die Bereitstellung der Daten der regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nun quartalsweise. Dadurch wird gewährleistet, dass die Satzart für die Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V auch bei unterjährigen Änderungen stets in der korrekten Abgrenzung vorliegt. In der Anlage 2 werden, neben der dadurch notwendigen Umstellung der Datensatzbeschreibung der Satzart ARZTRG87aREG, die Dateninhalte dahingehend angepasst, dass das Feld *KV am Ort der Arztpraxis* analog zur Satzart ARZTRG87aKA_IK auch in die Satzart ARZTRG87aKA_SUM sowie in die Satzarten ARZTRG87aNVI_IK und ARZTRG87aNVI_SUM aufgenommen wird.

Die Datensatzbeschreibungen der kassenseitigen Rechnungslegung in Anlage 3 werden dahingehend angepasst, dass den Vorgaben zur Berechnung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 und dem daraus resultierenden Anpassungsbedarf an der Satzart KASSRG87aMGV im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Rechnung getragen wird und den regionalen Gesamtvertragspartnern der basiswirksam vereinbarte Behandlungsbedarf ausgewiesen wird. Außerdem wird auf Erfahrungen bei der Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), reagiert und eine Kennzeichnung eingeführt, ob die in den Satzarten KASSRG87aMGV_IK und KASSRG87aMGV_SUM enthaltenen Werte endgültig, vorläufig oder fehlend sind.

Schließlich werden in den Teilen B und C die Felder *Rechtsnachfolger-IK* und *Rechtsnachfolger-Kassenart* in *Datenempfänger* und *Datenempfänger-Kassenart* umbenannt. Dies stellt klar, dass diese Felder nur für die technische Weiterleitung der Daten herangezogen werden sollen.

Zu Teil D:

Analog zu den in den Teilen B und C definierten Datenbereitstellungen der KASSRG87aMGV- und ARZTRG87a-Daten beschließt der Bewertungsausschuss die Bereitstellung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in den Satzarten ANZVER87a_IK und ANZVER87a_SUM an die regionalen Vertragspartner zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2016 zum 25. April 2016.

Die bisher in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 und im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) nur einseitig definierte Bereitstellung der Versichertenzahlen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch den vorliegenden Beschluss formalisiert und erfolgt zur Sicherstellung der Weiterleitung symmetrischer Informationen an beide Seiten der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Basierend auf den gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) von den Krankenkassen übermittelten Daten werden dabei die monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen den Vertragspartnern in der Satzart ANZVER87a_IK bereitgestellt.

Diejenigen Daten, die vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten dabei kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen.

Zusätzlich erfolgt für die kassenseitigen Vertragspartner die Bereitstellung von kassenartenübergreifend aufsummierten quartalsdurchschnittlichen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_SUM. Auf die Übermittlung der ANZVER87a_SUM an die Kassenärztlichen Vereinigungen wird aus Gründen der Datensparsamkeit verzichtet, da sich diese Daten direkt aus der ANZVER87a_IK ergeben.

Abweichend vom in § 87a Abs. 6 SGB V definierten Lieferweg, stellen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die gemäß Abschnitt VII. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sowie vom GKV-Spitzenverband an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gelieferten Daten direkt der jeweiligen Seite der Vertragspartner bereit. Durch eine Aufbereitung der Daten beim Institut des Bewertungsausschusses könnte die Auslieferung in dem sehr engen Zeitrahmen von fünf Kalendertagen nicht gewährleistet werden.

4. Inkrafttreten

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