

BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014

**zur Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten
Selektivverträgen für die Berichtsjahre 2013 und 2014 durch die
Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband und durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche
Bundesvereinigung an die Datenstelle des
Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V
sowie zur Anpassung des Pseudonymisierungsverfahrens für
Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss**

mit Wirkung zum 25. Juni 2014

Präambel

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt im Rahmen der Umsetzung von Teil A Nr. 3.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 sowie Teil B Nr. 3.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013 im Folgenden gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V das Nähere zu den Inhalten, technischen Formaten und zum Übermittlungsverfahren der Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband und durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses für die Berichtsjahre 2013 und 2014 (Teil A) sowie die Anpassung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Teil B).

Teil A: Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014

1. Gegenstand der Datenübermittlung sind nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V abgeschlossene Selektivverträge mit ex-ante-Einschreibung bzw. mit situativer Einschreibung/Teilnahme des Versicherten, für die gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1, § 73b Abs. 7, § 73c Abs. 6 bzw. § 140d Abs. 2 SGB V in den Berichtsjahren 2013 und 2014 eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V durchgeführt wird. Gegenstand der Datenübermittlung ist des Weiteren die Anzeige vertragsloser Zustände durch Krankenkassen, welche keine bereinigungsrelevanten Selektivverträge im Sinne von Satz 1 mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 abgeschlossen haben.

2. Verträge, für welche das deklaratorische Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt, sind in die Datenübermittlung einzubeziehen. Die zu übermittelnden Daten geben den Stand aus der Vereinbarung der Partner der Bereinigungsverträge bzw. aus der Entscheidung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs wieder. Soweit ein von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abweichendes Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt, gilt die Verpflichtung zur Datenlieferung soweit möglich in unveränderter Form.
3. Sämtliche Krankenkassen erheben mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2014 bestehende bereinigungsrelevante Selektivverträge bzw. vertragslose Zustände in der Satzart 000 im Rahmen einer Vollerhebung.
4. Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. bereinigenden Krankenkassen erheben für ihren vertrags- und leistungsrechtlichen Zuständigkeitsbereich mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2014
 - a) selektivvertragliche Stammdaten in den Satzarten 001 bis 003 jeweils im Rahmen einer Vollerhebung,
 - b) pseudonymisierte versichertenbezogene selektivvertragliche Teilnahmedaten in der Satzart 004 im Rahmen einer Versichertenstichprobe,
 - c) pseudonymisierte versichertenbezogene selektivvertragliche Diagnosedaten in der Satzart 005 im Rahmen einer Versichertenstichprobe,
 - d) aggregierte selektivvertragliche Bereinigungsdaten in der Satzart 006 im Rahmen einer Vollerhebung.

Die Stichprobenauswahl nach lit. b) und c) erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten als kalenderjährlich rollierendes Panel entsprechend den folgenden Kalendertagen eines jeden Monats: Kalendertage 4, 5, 11, 17, 18, 24 und 25 für das Berichtsjahr 2013 sowie Kalendertage 4, 5, 11, 12, 18, 24 und 25 für das Berichtsjahr 2014.

5. Die Krankenkassen übermitteln per Datenfernübertragung jährlich die nach den Nrn. 3 und 4 erhobenen Daten für die vier Berichts quartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister bis zum 15. Oktober des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2013 bis 4/2013 bis zum 15. Oktober 2014. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch den GKV-Spitzenverband vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Krankenkassen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband zu liefern sind.
6. Der GKV-Spitzenverband leitet die nach Nr. 5 eingegangenen und zusammengeführten Daten jeweils spätestens bis zum 15. November des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter.

7. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln mit Wirkung für die Berichts quartale 1/2013 bis 4/2014 jährlich selektivvertragliche Teilnahmedaten in der Satzart 014 im Rahmen einer Versichertenstichprobe für die vier Berichts quartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) bis zum 15. Oktober des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2013 bis 4/2013 bis zum 15. Oktober 2014. Grundlage hierfür sind die von den Krankenkassen je Bereinigungsquartal und Selektivvertrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten korrigierten Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen). Für die Stichprobenauswahl nach Satz 1 gilt Nr. 4 Satz 2 entsprechend. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Kassenärztlichen Vereinigungen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu liefern sind.
8. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach Nr. 7 eingegangenen und zusammengeführten Daten jeweils spätestens bis zum 15. November des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter.
9. Die Datenstelle des Bewertungsausschusses führt die gemäß Nr. 6 erhaltenen Daten mit den gemäß Nr. 8 erhaltenen Daten zusammen, erstellt hierzu in Zusammenarbeit mit dem Institut des Bewertungsausschusses und in Abstimmung mit der AG IT des Bewertungsausschusses Qualitätssicherungsauswertungen und stellt diese in Form von kassenspezifischen und KV-spezifischen Übersichten bis zum 10. Dezember des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres den Trägerorganisationen zur Verfügung.
10. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung fordern unter Berücksichtigung der Auswertungen nach Nr. 9 bei Bedarf korrigierte Daten von den Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu liefern sind.
11. Die Trägerorganisationen übermitteln bei Bedarf bis zum 20. Januar des übernächsten auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres Korrekturen zu den gemäß den Nrn. 6 und 8 gelieferten Daten in Form einer Austauschlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.
12. Die Datenlieferungen nach Teil A dieses Beschlusses erfolgen gemäß der in der Anlage zu Teil A definierten Datensatzbeschreibung.
13. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach Teil A dieses Beschlusses bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre. Nach Abschluss der Auswertungen, spätestens jedoch nach Lieferung und erfolgreicher Qualitätssicherung der Daten des jeweils nächsten Berichtsjahres, werden die Daten des am weitesten zurückliegenden Berichtsjahres gelöscht bzw. der Personenbezug irreversibel entfernt. Dieser Prozess wiederholt sich in den Folgejahren entsprechend.

Teil B: Anpassung des Pseudonymisierungsverfahrens

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

Teil C: Anordnung des sofortigen Vollzugs

Der sofortige Vollzug gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG der Teile A und B des Beschlusses wird angeordnet.

Protokollnotiz

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Daten zu Diagnosen aus Selektivverträgen für die Jahre 2013 und 2014 unter Einbezug der vorliegenden Daten aus Vorjahren für folgende Auswertungsaufträge zu nutzen und hierzu bis zum 31.03.2015 ein Auswertungskonzept zu erstellen und mit der AG Grouperanpassung abzustimmen, sodass der Bewertungsausschuss im nächsten bzw. übernächsten Jahr erneut über die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern anhand aktualisierter Ergebnisse entscheiden kann:

- Vergleichende Analyse der Morbiditätsstrukturveränderung von Selektivvertragsteilnehmern (getrennt nach Vertragsarten) mit der Morbiditätsstrukturveränderung von Nicht-Selektivvertragsteilnehmern getrennt nach KVen. Verglichen wird dabei die Morbiditätsstrukturveränderung von Selektivvertragsteilnehmern

1. unter Einbeziehung der Diagnosen aus Selektivverträgen,
2. unter Einbeziehung der Diagnosen aus dem Kollektivvertrag sowie
3. unter Einbeziehung der Diagnosen aus dem Kollektivvertrag und den Selektivverträgen

mit der Morbiditätsstrukturveränderung von Nicht-Selektivvertragsteilnehmern mit ihren Diagnosen aus dem Kollektivvertrag

- Vergleich der Morbiditätsindizes von Selektivvertragsteilnehmern und Nicht-Selektivvertragsteilnehmern nach 1. bis 3., differenziert nach Alter und Geschlecht und KVen
- Bestimmung und Verteilung des versichertenbezogenen Anteils

1. der im Selektivvertrag dokumentierten Diagnosen,
2. der im Kollektivvertrag dokumentierten Diagnosen sowie
3. der sowohl im Kollektiv- als auch im Selektivvertrag dokumentierten Diagnosen

der Selektivvertragsteilnehmer an den Diagnosen aus dem Kollektivvertrag und den Selektivverträgen zusammen

- Analyse des Diagnosespektrums bzw. der selektivvertraglichen Morbiditätsstruktur von Selektivvertragsteilnehmern während ihrer Teilnahme, differenziert nach KVen, Vertragsart, Einschreibart, Einschreibzeitpunkt und -zeitraum
- Analyse der Veränderung der Diagnosen aus Selektivverträgen für Selektivvertragsteilnehmer an Verträgen nach § 73b SGB V relativ zum Einschreibzeitpunkt innerhalb der nachfolgenden bis zu zwölf Quartale, differenziert nach KVen und Einschreibejahren
- Vergleichende Analyse der Hausarzt Diagnosen im Kollektivvertrag in den bis zu acht Quartalen vor der Einschreibung mit den Diagnosen aus Selektivverträgen in den bis zu acht Quartalen nach der Einschreibung für Selektivvertragsteilnehmer an Verträgen nach § 73b SGB V, differenziert nach KVen und Einschreibejahren

Darüber hinaus wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die Veränderung der Facharzt Diagnosen im Kollektivvertrag bei Selektivvertragsteilnehmern an Verträgen nach § 73b SGB V zwischen den bis zu acht Quartalen vor der Einschreibung und den bis zu acht Quartalen nach der Einschreibung, differenziert nach KVen und Einschreibejahren, zu analysieren.

Anlagen:

Anlage zu Teil A: Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen mit Wirkung für die Berichtsjahre 2013 und 2014 (Satzarten 000, 001, 002, 003, 004, 005, 006, 014)

Anlage zu Teil B: Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Anlage zu Teil A

des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zu bereini- gungsrelevanten Selektivverträgen mit Wirkung für die Berichts- jahre 2013 und 2014

(Stand: 20.06.2014)

Inhalt

1	Erhebungsumfang	7
2	Hinweise zum Pseudonymisierungsverfahren	7
3	Dateibeschreibung	8
3.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	8
3.2	Format der Datenübertragung	8
4	Satzart 000 – Meldung von Verträgen und vertragslosen Zuständen	9
5	Satzart 001 – Vertragsstammdaten	11
6	Satzart 002 – Teilnehmende Vertragsärzte	15
7	Satzart 003 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals	17
8	Satzart 004 – Teilnehmende Versicherte.....	19
9	Satzart 005 – Diagnosen in der selektivvertraglichen Versorgung	23
10	Satzart 006 – Vertragsbezogene Gesamtbereinigungsdaten.....	25
11	Satzart 014 – Teilnahme an Selektivverträgen	28

1 Erhebungsumfang

Den **Satzarten 000, 001, 002, 003 und 006** liegt eine **Vollerhebung** zugrunde.

Grundlage der **Satzarten 004, 005 und 014** ist eine **Versichertenstichprobe**. Die Stichprobenauswahl zu dieser Versichertenstichprobe entspricht jeweils der Auswahl zu der Geburtstagsstichprobe für die Berichtsjahre 2013 und 2014. Diesem Verfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind folgende: Kalendertage 4, 5, 11, 17, 18, 24 und 25 für das Berichtsjahr 2013 sowie Kalendertage 4, 5, 11, 12, 18, 24 und 25 für das Berichtsjahr 2014.

2 Hinweise zum Pseudonymisierungsverfahren

Die Übermittlung der Daten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgt unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Die Identität der Versicherten (Versichertennummer bzw. PersonenID) wird von den Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage zu Teil B verschlüsselt. Namen werden nicht übermittelt.

Die Stichprobenauswahl zur Versichertenstichprobe in den Satzarten 004, 005 und 014 und die Schlüsselvergabe zur Pseudonymisierung der Versichertennummer bzw. PersonenID werden miteinander gekoppelt, d. h. die Pseudonymisierung der Versichertennummer bzw. PersonenID auf der ersten und zweiten Stufe erfolgt in Abhängigkeit vom jeweiligen Kalendertag des Geburtstages mit teils unterschiedlichen Schlüsseln. Für die Auswahlgeburtstage 3, 10, 17 und 24 wird ein gemeinsamer Schlüssel für die Pseudonymisierung der Versichertennummer bzw. PersonenID auf der ersten Stufe verwendet. Für alle anderen Auswahlgeburtstage gilt jeweils ein eigener Schlüssel auf der ersten Stufe. Das Nähere zum Pseudonymisierungsverfahren ist der Anlage zu Teil B zu entnehmen.

Die Pseudonymisierungsschlüssel und das Pseudonymisierungsverfahren der versichertenbezogenen Daten (Versichertennummer bzw. PersonenID) zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen gemäß dieser Anlage sind identisch mit denen der Geburtstagsstichprobe für die Berichtsjahre 2013 und 2014.

3 Dateibeschreibung

3.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart 000:

Satzart_Quartal_Kassensitz-IK.Version
(Format: CCC_JJJQ_CCCCCCCC.CCC)

Satzarten 001, 002, 003, 004, 005, 006:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_Kassensitz-IK.Version
(Format: CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC_CCC_JJJQ_CCCCCCCC.CCC)

Satzart 014:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_KV.Version
(Format CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC_CCC_JJJQ_CC.CCC)

Der Dateityp bezeichnet fortlaufend die Version der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen der jeweiligen Satzart, beginnend mit „001“.

Die Vertragskennung ist im Dateinamen ggf. durch Anfügung von Unterstrichen immer mit einer Länge von genau 25 Zeichen anzugeben. Bei Lieferung der Daten verschiedener Verträge in einer Datei sind anstelle der Vertragskennung im Dateinamen 25 Unterstriche anzugeben.

3.2 Format der Datenübertragung

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

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, bspw. weil es als K=Kann-Feld oder m=bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu übermitteln, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei #-Zeichen aufeinander.

Datenlieferant und Datenempfänger vereinbaren jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

4 Satzart 000 – Meldung von Verträgen und vertragslosen Zuständen

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Die Satzart 000 ist als Vollerhebung zu liefern.</p> <p>Von jeder gesetzlichen Krankenkasse ist für das jeweilige Bereinigungsquartal pro Vertragsart zu melden, wie viele bestehende Selektivverträge, welche gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1, § 73b Abs. 7, § 73c Abs. 6 bzw. § 140d Abs. 2 SGB V bereinigungsrelevant sind, diese Krankenkasse abgeschlossen hat. Insoweit eine Krankenkasse zum jeweiligen Quartal und zur jeweiligen Vertragsart keine bereinigungsrelevanten Selektivverträge abgeschlossen hat, ist die Anzahl der Selektivverträge in diesem Quartal und für diese Vertragsart mit 0 zu melden („Leermeldung“).</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Vollständigkeit: Für jede einzelne Krankenkasse sind je Quartal genau vier Datensätze in dieser Satzart zu melden. Die Anzahl der von einer Krankenkasse in der Satzart 000 gemeldeten bereinigungsrelevanten Selektivverträge muss pro Quartal und Vertragsart der für diese Krankenkasse in der Satzart 001 gemeldeten Anzahl der distinkten Vertragskennungen pro Quartal und Vertragsart entsprechen.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „000“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Eindeutiges Institutionskennzeichen der Krankenkasse Wertebereich 0 bis 9
03	Vertragsart	M	1	numerisch	Gesetzliche Grundlage des Vertrages 1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) 2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) 3 = Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V) 4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Anzahl der Verträge	M	≤ 3	numerisch	Anzahl der bereinigungsrelevanten Selektivverträge in den einzelnen Vertragsarten. Insoweit in der Satzart 001 für das jeweilige Quartal zu einer Vertragsart kein Selektivvertrag zu melden ist, ist die Anzahl 0 zu übermitteln.

5 Satzart 001 – Vertragsstammdaten

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 001 ist als Vollerhebung zu liefern.</p> <p>Für jeden bestehenden Selektivvertrag, der gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1, § 73b Abs. 7, § 73c Abs. 6 bzw. § 140d Abs. 2 SGB V bereinigungsrelevant ist, ist nach Abschluss des Vertrags zur Bereinigung durch Einigung der Partner des Bereinigungsvertrages bzw. durch Entscheidung des Schiedsamts pro Bereinigungsquartal und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit den Satzarten 002, 003, 004, 005 und 006.</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „001“
01	Bereinigungs-quartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragsken-nung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse. Die quartals- und jahresübergreifende Eindeutigkeit für ein und denselben Selektivvertrag muss innerhalb der Kasse gewährleistet sein.
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Eindeutiges Institutionskennzeichen der Krankenkasse Wertebereich 0 bis 9
04	Vertragsbeginn	M	8	numerisch	Vertragsbeginn im Format JJJJMMTT. Der Vertragsbeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
05	Vertragsende	M	8	numerisch	Vertragsende im Format JJJJMMTT. Das Vertragsende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Vertragsart	M	1	numerisch	<p>Gesetzliche Grundlage des Vertrages</p> <p>1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)</p> <p>2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)</p> <p>3 = Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V)</p> <p>4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)</p>
07	Einschreibart	M	1	numerisch	<p>Einschreibemodalität für Versicherte</p> <p>1 = mit ex-ante-Einschreibung</p> <p>2 = mit situativer Einschreibung/Teilnahme</p>
08	Vertragsbezeichnung	K	≤ 70	alphanum.	(Kurz-)Bezeichnung des Vertrages (möglichst sprechend)
09	KV	M	17	alphanum.	<p>Vektordarstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen gemäß Satzart 002 (Feld 04).</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert einen definierten KV-Bereich und gibt diesen als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob in diesem KV-Bereich mindestens eine Arztpraxis am jeweiligen Selektivvertrag teilnimmt. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:</p> <p>0 = trifft nicht zu</p> <p>1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 17 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert:</p> <p>1 = Schleswig-Holstein</p> <p>2 = Hamburg</p> <p>3 = Bremen</p> <p>4 = Niedersachsen</p> <p>5 = Westfalen-Lippe</p> <p>6 = Nordrhein</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					<p>7 = Hessen 8 = Rheinland-Pfalz 9 = Baden-Württemberg 10 = Bayerns 11 = Berlin 12 = Saarland 13 = Meckl.-Vorpommern 14 = Brandenburg 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen 17 = Sachsen</p> <p>Der Vektor hat somit eine feste Breite von genau 17 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.</p>
10	Bereinigungsverfahren	M	17	numerisch	<p>Vektordarstellung der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird).</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert einen definierten KV-Bereich und gibt diesen als Dummy-Variable wieder, welche angibt, welche Art von Bereinigungsverfahren in diesem KV-Bereich zur Anwendung kommt. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:</p> <p>1 = Bereinigungsverfahren gemäß Vorgaben des Bewertungsausschusses 2 = von Vorgaben des Bewertungsausschusses abweichendes Bereinigungsverfahren 3 = kein Bereinigungsverfahren</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 17 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = Schleswig-Holstein</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					2 = Hamburg 3 = Bremen 4 = Niedersachsen 5 = Westfalen-Lippe 6 = Nordrhein 7 = Hessen 8 = Rheinland-Pfalz 9 = Baden-Württemberg 10 = Bayerns 11 = Berlin 12 = Saarland 13 = Meckl.-Vorpommern 14 = Brandenburg 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen 17 = Sachsen Der Vektor hat somit eine feste Breite von genau 17 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.

6 Satzart 002 – Teilnehmende Vertragsärzte

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Satzart 002 ist als **Vollerhebung** zu liefern.

Für jeden bestehenden Selektivvertrag ist nach Abschluss des Vertrags zur Bereinigung durch Einigung der Partner des Bereinigungsvertrages bzw. durch Entscheidung des Schiedsamts pro Bereinigungsquartal, Krankenkasse, Kassenärztlicher Vereinigung und LANR-Arztgruppenschlüssel ein Datensatz zu liefern.

Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).

Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „002“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA 001
04	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Meckl.-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
05	LANR- Arztgruppenschlüssel	M	2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR (Arztgruppenschlüssel, der den Versorgungsbereich sowie die Facharztgruppe differenziert nach Schwerpunkten angibt, gemäß Anlage 2 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern). Hinweis: Bei Mehrfachzulassungen eines Arztes ist derjenige Arztgruppenschlüssel zu liefern, welcher der Teilnahme des Arztes am Selektivvertrag zugrunde liegt.
06	Anzahl Ärzte	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der teilnehmenden Vertragsärzte

7 Satzart 003 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 003 ist als Vollerhebung zu liefern.</p> <p>Für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist nach Abschluss des Vertrags zur Bereinigung durch Einigung der Partner des Bereinigungsvertrages bzw. durch Entscheidung des Schiedsamts pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse und Wohnort-KV ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „003“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA 001
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					78 = Meckl.-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.

8 Satzart 004 – Teilnehmende Versicherte

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Satzart 004 ist als **Versichertenstichprobe** zu liefern.

Für jeden in die Versichertenstichprobe gemäß Beschluss Teil A Nr. 4 einbezogenen, am jeweiligen Selektivvertrag definitiv (d. h. unter Berücksichtigung von Stornierungen) teilnehmenden Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer ist nach Abschluss des Vertrags zur Bereinigung durch Einigung der Partner des Bereinigungsvertrages bzw. durch Entscheidung des Schiedsamts pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern. In die Datenlieferung sind die im jeweiligen Bereinigungsquartal bereinigt teilnehmenden Versicherten einschließlich der aktuellen Teilnehmer, für die bereits im entsprechenden Quartal eines Vorjahres bereinigt wurde, einzubeziehen.

Die auf dem Pseudonym des unveränderlichen Teils der lebenslangen Krankenversichertennummer beruhende PersonenID (Feld 04) wird nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß der Anlage zu Teil B des vorliegenden Beschlusses pseudonymisiert.

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

Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001. Die Kombination der Felder 01 bis 04 dient der Verknüpfung mit Satzart 005.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „004“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA 001
04	PersonenID	M	40	alphanum.	Mittels RipeMD-160 erzeugtes Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Krankenversichertennummer (für jede natürliche Person eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant). Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
05	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort* des Versicherten im Bereini- gungsquartal (KV, in welcher die Be- reinigung vorgenommen wird)</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Meckl.-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p> <p>*) beim Wohnortwechsel in- nerhalb des Bereini- gungsquartals ist die für die Bereini- gung maßgebliche Wohnort-KV zu übermitteln</p>
06	Teilnahmebe- ginn	M	8	numerisch	<p>Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJMMTT.</p> <p>Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereini- gungsquartals liegen.</p>
07	Teilnahmeende	M	8	numerisch	<p>Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJMMTT.</p> <p>Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereini- gungsquartals liegen; bei un- begrenzter Gültigkeit 99991231.</p>

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	<p>Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat.</p> <p>Auswahl der Geburtskalendertage gemäß Beschluss Teil A Nr. 4. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung der PersonenID.</p>
09	LANR- Arztgruppenschlüssel	m*	2	alphanum.	<p>Ziffern 8 und 9 der LANR des gewählten Selektivvertragsarztes (Arztgruppenschlüssel, der den Versorgungsbereich sowie die Facharztgruppe differenziert nach Schwerpunkten angibt, gemäß Anlage 2 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern).</p> <p>Hinweis: Bei Mehrfachzulassungen eines Arztes ist derjenige Arztgruppenschlüssel zu liefern, welcher der Teilnahme des Arztes am Selektivvertrag zugrunde liegt.</p> <p>*) Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es für den jeweiligen Berichtszeitraum an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene ggf. unter Berücksichtigung von Stornierungen übermittelt wurde.</p>
10	Neueinschreibekennzeichen	M	1	numerisch	<p>2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste gemäß Satzart 003</p> <p>1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt</p> <p>0: der Versicherte hat bereits</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht
11	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Kalenderjahr des Geburtstags des Versicherten, im Format JJJJ
12	Geschlecht	M	1	numerisch	1 = männlich 2 = weiblich

9 Satzart 005 – Diagnosen in der selektivvertraglichen Versorgung

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 005 ist als Versichertenstichprobe zu liefern.</p> <p>Je Diagnose im Rahmen der selektivvertraglichen Leistungsanspruchnahme eines in die Versichertenstichprobe einbezogenen Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer ist ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Die Diagnosen werden nummeriert (Feld 05). Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001. Die Kombination der Felder 01 bis 04 dient der Verknüpfung mit Satzart 004.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „005“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA 001
04	PersonenID	M	40	alphanum.	Mittels RipeMD-160 erzeugtes Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Krankenversicherungsnummer (für jede natürliche Person eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant). Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
05	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen, beginnend mit „1“
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 7	alphanum.	Angabe eines Diagnose-Codes, wie in der selektivvertraglichen Abrechnung enthalten

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
08	Seitenlokalisation	K	1	alphanum.	B = beidseitig L = links R = rechts
09	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Auswahl der Geburtskalendertage gemäß Beschluss Teil A Nr. 4. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung der PersonenID.

10 Satzart 006 – Vertragsbezogene Gesamtbereinigungsdaten

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Satzart 006 ist als **Vollerhebung** zu liefern.

Für jeden Selektivvertrag ist nach Abschluss des Vertrags zur Bereinigung durch Einigung der Partner des Bereinigungsvertrages bzw. durch Entscheidung des Schiedsamts pro Bereinigungsquartal, Krankenkasse und Wohnort-KV ein Datensatz zu liefern.

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

Fremdschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „006“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA 001
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort* des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Meckl.-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					98 = Sachsen *) beim Wohnortwechsel innerhalb des Bereinigungsquartals ist die für die Bereinigung maßgebliche Wohnort-KV zu übermitteln
05	Teilnehmerzahl mit Bereinigung	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Bereinigungsquartal und im Bereich der Wohnort-KV bereinigt teilnehmenden Versicherten. Es sind auch die aktuellen Teilnehmer zu zählen, für die bereits im entsprechenden Quartal eines Vorjahres bereinigt wurde.
06	Teilnehmerzahl ohne Bereinigung	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Bereinigungsquartal und im Bereich der Wohnort-KV teilnehmenden Versicherten, die weder für dieses Bereinigungsquartal noch für die entsprechenden Quartale der Vorjahre in das Bereinigungsverfahren im entsprechenden Bereich der Wohnort-KV eingegangen sind. Teilnehmer, die mit einem Bereinigungsbetrag von 0 in der Bereinigung berücksichtigt wurden, sind hier <u>nicht</u> zu zählen.
07	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber abzüglich Rückbereinigungsbetrag (Differenzbereinigungsbetrag)	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 3.2.3 Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 299. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Nr. 3.2.3.1 Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013 in Punkten abzüglich des für das Bereinigungsquartal gemäß Nr. 3.2.3

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					<p>Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 299. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß Nr. 3.2.3.2 Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013 festgestellten Rückbereinigungsbetrags in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr.</p> <p>max. 13 relevante Stellen, kaufmännisch gerundet auf 1 Nachkommastelle</p>
08	Differenzbereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund einer Änderung der Liste gemäß Satzart 003	M	13,1	dezimal	<p>Für das Bereinigungsquartal aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste gemäß Satzart 003. Negative Werte sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.</p> <p>max. 13 relevante Stellen, kaufmännisch gerundet auf 1 Nachkommastelle</p>

11 Satzart 014 – Teilnahme an Selektivverträgen

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Satzart 014 ist als **Versichertenstichprobe** zu liefern.

Für jeden in die Versichertenstichprobe gemäß Beschluss Teil A Nr. 4 i. V. m. Nr. 7 einbezogenen, am jeweiligen bereinigungsrelevanten Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag definitiv (d. h. unter Berücksichtigung von Stornierungen) teilnehmenden Versicherten mit kassenspezifischer und/oder mit lebenslanger Versichertennummer (PersonenID) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern. Grundlage hierfür sind die von den Krankenkassen je Bereinigungsquartal und Selektivvertrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten korrigierten Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen).

Die auf dem Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer (Feld 04) bzw. des unveränderlichen Teils der lebenslangen Krankenversichertennummer beruhende PersonenID (Feld 05) wird nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß der Anlage zu Teil B des vorliegenden Beschlusses pseudonymisiert.

Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „014“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Eindeutiges Institutionskennzeichen der Krankenkasse Wertebereich 0 bis 9
04	Versichertennummer	m*	40	alphanum.	Mittels RipeMD-160 erzeugtes Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer im Bereinigungsquartal. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist zu übermitteln, wenn diese der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Übermittlung der Bereinigungsdaten durch die Krankenkassen bekannt ist.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
05	PersonenID	m*	40	alphanum.	<p>Mittels RipeMD-160 erzeugtes Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Krankenversicherungsnummer (für jede natürliche Person eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant).</p> <p>Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.</p> <p>*Hinweis: Die Angabe in Feld 05 ist zu übermitteln, wenn diese der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Übermittlung der Bereinigungsdaten durch die Krankenkassen bekannt ist.</p>
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Kalenderjahr des Geburtstags des Versicherten, im Format JJJJ
07	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	<p>Kalendertag des Geburtstags eines Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat.</p> <p>Auswahl der Geburtskalendertage gemäß Beschluss Teil A Nr. 4 i. V. m. Nr. 7. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung der Versicherungsnummer bzw. der PersonenID.</p>
08	Geschlecht	M	1	numerisch	<p>Geschlecht des teilnehmenden Versicherten</p> <p>1 = männlich</p> <p>2 = weiblich</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Meckl.-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p>
10	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	<p>Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT.</p> <p>Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.</p>
11	Teilnahmeende	M	8	numerisch	<p>Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT.</p> <p>Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.</p>
12	Neueinschreibekennzeichen	M	1	numerisch	<p>2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste gemäß Satzart 003</p> <p>1: der Versicherte hat im Vor-</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					jahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht

Anlage zu Teil B

des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014

Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

**Version: 6.2
(Stand: 16.06.2014)**

Inhalt

1	Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Datenübermittlungen mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen.....	35
1.1	Geburtsstichprobe (GSP)	35
1.2	Regionalisierte Geburtsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen und die Gesamtvertragspartner.....	35
1.3	Selektivvertragsdaten.....	36
1.4	Anlassbezogene Geburtsstichprobe (GSPA).....	36
1.5	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung (AST-Daten)	37
1.5.1	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung für die geplante EBM-Reform (AST_EBM-Daten).....	37
1.5.2	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes (AST_OW-Daten).....	37
1.5.3	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung zur Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der GOP 06225 in den EBM (AST_AUG-Daten)	38
2	Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen	39
2.1	Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	40
2.2	Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtsstichprobe“	42
2.3	Pseudonymisierungsverfahren der „GSPR“.....	43
2.4	Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“.....	43
2.5	Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtsstichprobe“)	44
2.6	Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der artzseitigen Rechnungslegung.....	45
3	Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen.....	47

4	Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen	49
5	Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren	50
5.1	Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160	50
5.2	Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe	50
5.2.1	Versichertennummer (alt/neu)	50
5.2.2	Lebenslange Arztnummer (LANR).....	51
5.2.3	Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)	52
5.3	Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe	52
5.4	Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe	52
5.4.1	Pseudonymisierung von KVNR, eGK und BSNR.....	53
5.4.2	Pseudonymisierung der Fall_ID	53
5.5	Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt	54
6	Schlüsselmanagement	58
6.1	Schlüsselerzeugung	58
6.2	Logistik der Schlüsselverteilung	58
6.3	Gültigkeit von Schlüsseln	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	39
Abbildung 2:	Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute	40
Abbildung 3:	Zweistufiges Pseudonymisierungsverfahren ohne Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch die pseudonymisierten Attribute	41
Abbildung 4:	Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)	54
Abbildung 5:	Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)	55
Abbildung 6:	Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (BSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)	56
Abbildung 7:	Ablauf Pseudonymisierung Fall_ID	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „Geburtstagsstichprobe“	42
Tabelle 2:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „GSPR“	43
Tabelle 3:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Datenlieferung aus Selektivverträgen	44
Tabelle 4:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“)	45
Tabelle 5:	Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung	46
Tabelle 6:	Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen	48

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

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

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

1.1 Geburtstagsstichprobe (GSP)

Grundlage für die Übermittlung der „Geburtstagsstichprobe“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung¹, fortgeschrieben durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung², den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung³, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung⁴, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung⁵. Diese Beschlüsse legen die Übermittlung einer Versichertenstichprobe von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen beginnend mit dem 1. Quartal 2007 fest („Geburtstagsstichprobe“).

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

Grundlage für die Übermittlung der „Regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen und die Gesamtvertragspartner“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung⁶, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung⁷, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (Teil A)⁸ sowie den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung⁹. Darin wird festgelegt, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der

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

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

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

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

⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2012)

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 (GSPR für die Berichtsjahre 2007 bis 2010)

⁷ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPR für die Berichtsjahre 2007 bis 2010)

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A (GSPR für den Berichtszeitraum ab 2008 bis 2010)

⁹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPR für den Berichtszeitraum ab 2009 bis 2011)

Geburtstagsstichprobe (vgl. Abschnitt 1.1) bereitzustellen, die diese den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen.

1.3 Selektivvertragsdaten

Grundlage für die Übermittlung der „Selektivvertragsdaten“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung¹⁰, fortgeschrieben durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung¹¹, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung¹², der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung¹³, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung¹⁴, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung¹⁵, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung¹⁶ sowie der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung (Teil A)¹⁷. Diese Beschlüsse legen die Datenlieferungen der „Selektivvertragsdaten“ für die Jahre 2009 bis 2014 fest.

1.4 Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe (GSPA)

Grundlage für die anlassbezogene Übermittlung einer um Merkmale und Satzarten angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung¹⁸. Dieser Beschluss regelt anlassbezogene Datenlieferungen im Zusammenhang mit der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014.

¹⁰ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009 zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses (SV-Daten für das Berichtsjahr 2009)

¹¹ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009, Teil II, Abschnitt 2.8 (SV-Daten für das Berichtsjahr 2010)

¹² Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil B (SV-Daten für das Berichtsjahr 2010)

¹³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010, Teil B zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gemäß § 87 Abs. 3f SGB V zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V und von Daten zur Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch Teilnehmer an Selektivverträgen an das Institut des Bewertungsausschusses für die Jahre 2011 und 2012 sowie zur Pseudonymisierung in den vorgenannten Datenübermittlungen

¹⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (SV-Daten für die Berichtsjahre 2011 und 2012)

¹⁷ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 (Teil A) (SV-Daten für die Berichtsjahre 2013 und 2014)

¹⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (GSPA für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform)

1.5 Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST-Daten)

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

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

Grundlage für die anlassbezogene Übermittlung der arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_EBM-Daten) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung¹⁹, welcher anlassbezogene Datenlieferungen im Zusammenhang mit der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 regelt.

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

Die anlassbezogene Übermittlung der arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST_OW-Daten) gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V für die Berichtsjahre 2012 und 2013 erfolgt auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung²⁰ sowie des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung²¹. Diese Beschlüsse regeln anlassbezogene Datenlieferungen zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes für die Jahre 2014 und 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V. Unterschiede zur arzt- und praxisvollständigen Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung nach Abschnitt 1.5.1 sind in Abschnitt 2.6 näher erläutert.

¹⁹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_EBM-Daten für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform)

²⁰ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 305. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_OW-Daten für das Berichtsjahr 2012)

²¹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 327. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_OW-Daten für die Berichtsjahre 2012 und 2013)

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

Die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ausschließlich derjenigen Praxen, in denen Augenärzte tätig sind (AST_AUG-Daten), gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V für die Berichtsjahre 2009, 2010 sowie bis auf Weiteres ab dem Berichtsjahr 2012 erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 310. Sitzung²², welcher anlassbezogene Datenlieferungen zur Evaluation der Wirksamkeit der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 06225 zum 1. Januar 2012 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) regelt.

²² Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 310. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (AST_AUG-Daten für die Berichtsjahre 2009 und 2010 sowie bis auf Weiteres ab dem Berichtsjahr 2012)

2 Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen

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

Die Datenlieferungen beziehen sich derzeit auf

- „Geburtstagsstichprobe“ (Berichtszeitraum ab 2007)
- „Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Trägerorganisationen und die Gesamtvertragspartner“ (Berichtszeitraum ab 2007)
- „Selektivvertragsdaten“ (Berichtszeitraum 2009 bis 2014, ggf. Fortführung)
- Anlassbezogene Datenübermittlung der um Merkmale und Satzarten angereicherten Versichertenstichprobe („Anlassbezogene Geburtstagsstichprobe“) (Berichtszeitraum 2011, letztes vollständiges Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und erste drei vollständige Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform)
- Anlassbezogene Datenübermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (arzt- und praxisvollständige Abrechnungsstatistik: Berichtszeitraum 2011 bis 2013, letztes vollständiges Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und erste drei vollständige Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform, ggf. Fortführung; augenärztliche Abrechnungsstatistik: Berichtsjahre 2009, 2010 sowie bis auf Weiteres ab dem Berichtsjahr 2012)

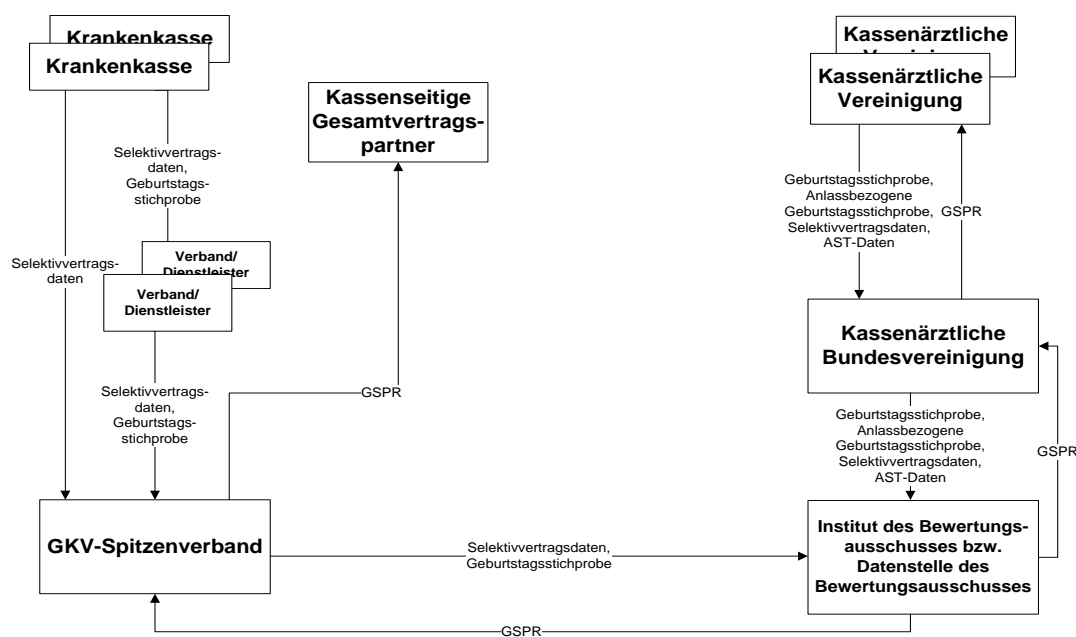


Abbildung 1: Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

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

2.1 Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Das in Abbildung 2 dargestellte Pseudonymisierungsverfahren bezieht sich auf die Attribute lebenslange Arztnummer (LANR), Abrechnungsnummer (ANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR), kassenspezifische Krankenversichertennummer (KVNR) sowie lebenslange Krankenversichertennummer (eGK) und wird für alle Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss zweistufig und für Lieferungen an die Gesamtvertragspartner dreistufig gestaltet. Auf dieser dritten Stufe wird ab dem Berichtsjahr 2013 zusätzlich das Attribut Fall_ID pseudonymisiert.

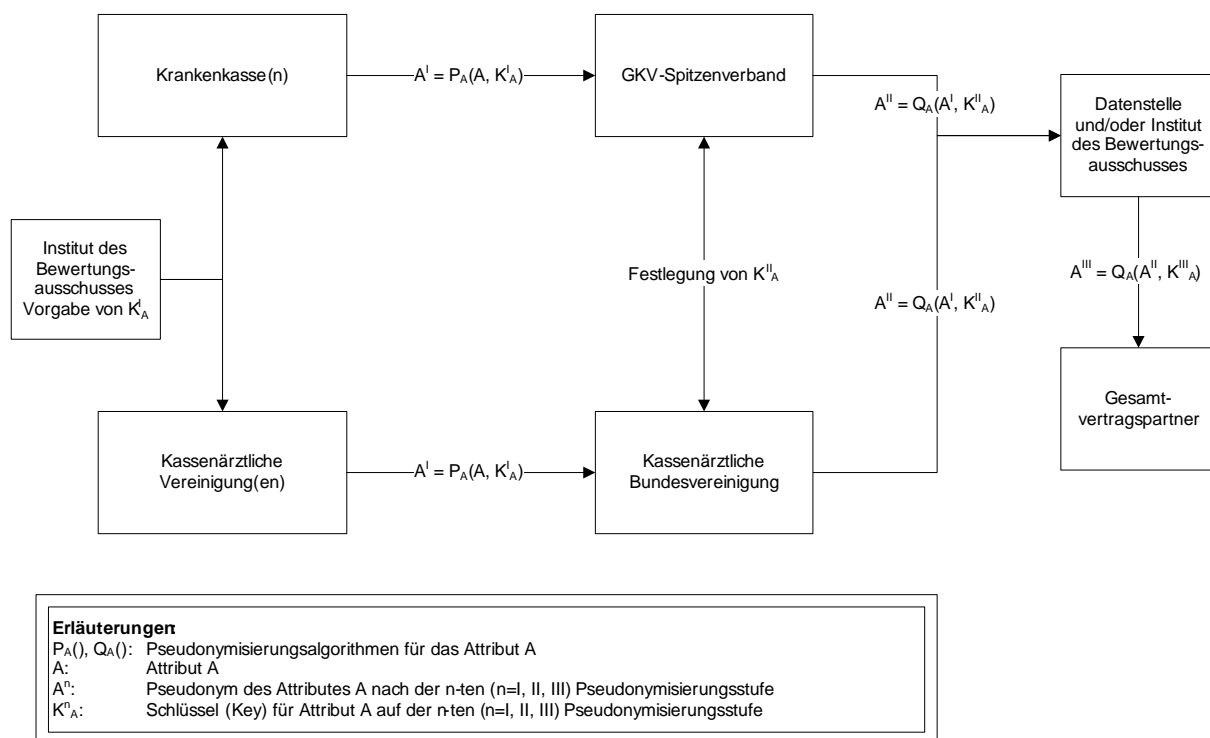


Abbildung 2: Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute

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

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

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

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

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

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

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

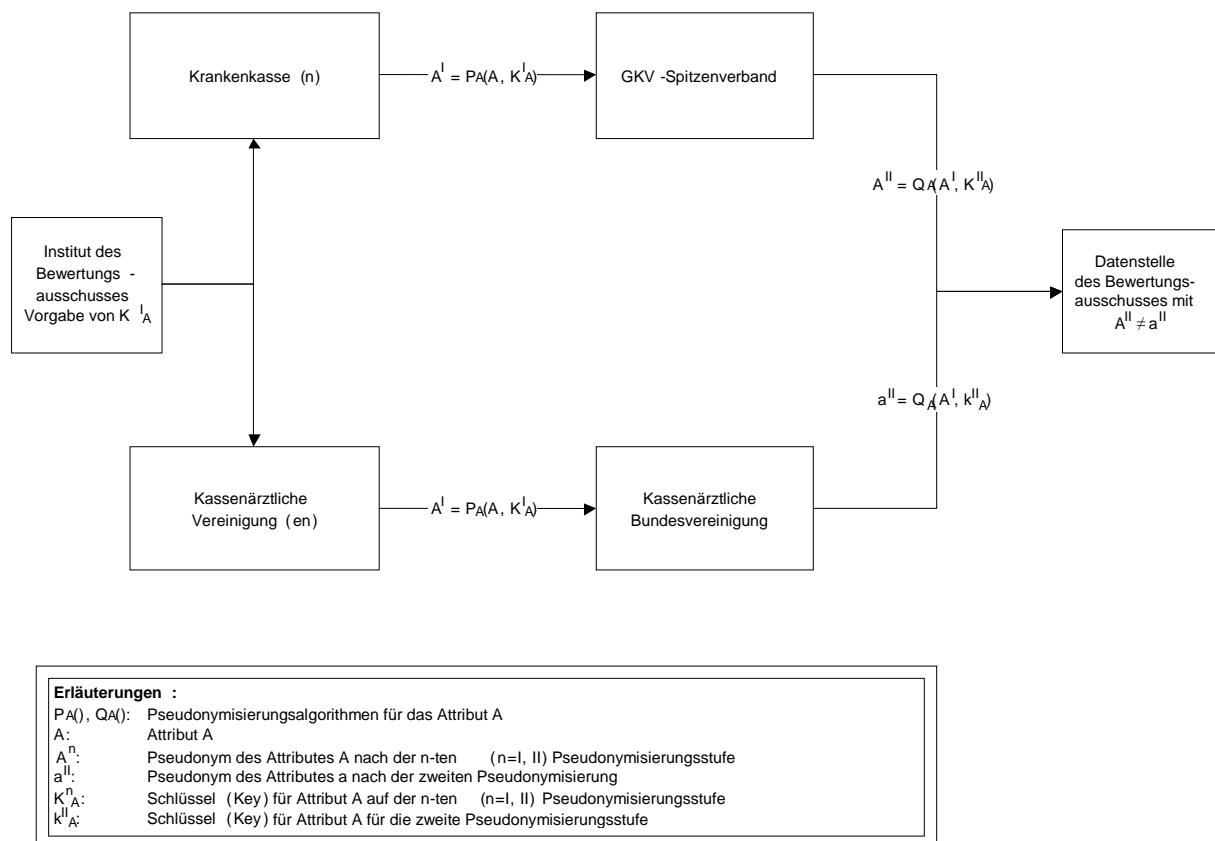


Abbildung 3: Zweistufiges Pseudonymisierungsverfahren ohne Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch die pseudonymisierten Attribute

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

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

2.2 Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtstagsstichprobe“

Die als „Geburtstagsstichprobe“ bezeichnete Versichertenstichprobe umfasst pseudonymisierte Versichertenstammdaten der Krankenkassen und pseudonymisierte ambulante ärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten, die an ausgewählten Kalendertagen eines Monats geboren sind. Die Zusammenführung der Versichertenstammdaten mit den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten in der Datenstelle erfolgt über die Attribute Institutionskennzeichen der Krankenkasse (KVK-IK) und pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer von der Krankenversicherungskarte (KVNR) bzw. elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung beginnt mit dem Berichtsjahr 2007. Für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgt erstmals ein turnusmäßiger Wechsel der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einem Schlüsselwechsel (vgl. Abschnitt 6.3).

Die versichertenbezogenen Merkmale KVNR (kassenspezifische Versichertennummer) und eGK (unveränderlicher Teil der lebenslangen Versichertennummer bzw. PersonenID) werden mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 5).

Die arzt- bzw. praxisbezogenen Merkmale (ANR²³, BSNR, NBSNR und LANR²⁴) werden mit jeweils spezifischen Schlüsseln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 5).

Empfänger der pseudonymisierten Daten ist die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

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

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

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}
ANR ²³	KV	KBV	K ^I _{ANR_GS}	KBV	K ^{II} _{ANR_GS}
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
NBSNR ²⁴	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
LANR ²⁴	KV	KBV	K ^I _{LANR_GS}	KBV	K ^{II} _{LANR_GS}

²³ Das Attribut ANR in der „Geburtstagsstichprobe“ wurde nur bis (einschließlich) 2. Quartal 2008 übermittelt und danach durch die BSNR ersetzt.

²⁴ Die Attribute NBSNR und LANR sind ab dem Berichtsjahr 2011 nicht mehr Bestandteil der arztseitigen Lieferungen für die „Geburtstagsstichprobe“ und werden nur anlassbezogen im Rahmen der GSPA an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt.

2.3 Pseudonymisierungsverfahren der „GSPR“

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

Die versichertenbezogenen Merkmale KVNR²⁵ und eGK werden mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert. Zum Zwecke der Anonymisierung erfolgt in der Datenstelle eine dritte Stufe der Verschlüsselung (vgl. Abschnitt 5).

Das praxisbezogene Merkmal BSNR wird mit jeweils spezifischen Schlüsseln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Datenstelle mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert. Zum Zwecke der Anonymisierung erfolgt in der Datenstelle eine dritte Stufe der Verschlüsselung (vgl. Abschnitt 5).

Ausschließlich auf der dritten Stufe wird ab dem Berichtsjahr 2013 zusätzlich das Attribut Fall_ID durch die Datenstelle mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 5).

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

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

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

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe		Schlüssel 3. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR ²⁵ bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/ GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}	Daten- stelle	K ^{III} _{KVNR_GS}
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}	Daten- stelle	K ^{III} _{BSNR_GS}
Fall_ID	KBV					Daten- stelle	K ^{III} _{Fall_ID_GS}

2.4 Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“

Zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab dem Jahr 2009 aufgrund der Teilnahme von Versicherten an Selektivverträgen sollen durch die Krankenkassen versichertenindividuelle Daten erhoben werden. Diese Daten werden von jeder selektivvertragsschlie-

²⁵ Das Attribut KVNR in der GSPR wurde nur bis zum Berichtszeitraum 2008 bis 2010 übermittelt.

ßenden Kasse an den GKV-Spitzenverband übermittelt, der diese gesammelt an das Institut des Bewertungsausschusses (bis Berichtsjahr 2012) bzw. an die Datenstelle des Bewertungsausschusses (ab Berichtsjahr 2013) für die Arbeiten nach Vorgaben des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Datenerhebung bezieht sich auf die Berichtsjahre 2009 bis 2014 und wird gegebenenfalls fortgeschrieben.

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

Die „Selektivvertragsdaten“ enthalten die Merkmale KVNR²⁶, eGK, BSNR²⁷ und LANR²⁷, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses pseudonymisiert übermittelt werden müssen. Es ist dabei vorzusehen, dass die Pseudonyme der KVNR bzw. eGK sowohl zwischen dem kassenseitig und dem KV-seitig gelieferten Teil der „Selektivvertragsdaten“ als auch zwischen „Selektivvertragsdaten“ und „Geburtsstichprobe“ identisch sind. BSNR und LANR aus dieser Datenerhebung werden hingegen nicht mit den Daten aus der „Geburtsstichprobe“ zusammengeführt.

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

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

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe			Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung	Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR ²⁶ bzw. eGK	Kasse, KV	InBA	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}
BSNR ²⁷	Kasse	InBA	InBA	K ^I _{BSNR_SV}	GKV-SV	K ^{II} _{BSNR_SV}
LANR ²⁷	Kasse	InBA	InBA	K ^I _{LANR_SV}	GKV-SV	K ^{II} _{LANR_SV}

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

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

Die anlassbezogene Übermittlung der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe für die geplante Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung erweitert die in der 273. Sitzung des Bewertungsausschusses definierte Geburtsstichprobe um weitere Satzarten und um Merkmale in bereits für die Geburtsstichprobe definierten Satzarten mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011. Insbesondere werden Arzt- und Be-

²⁶ Das Attribut KVNR ist für die Berichtsjahre 2013 und 2014 nicht mehr Bestandteil der kassenseitig übermittelten Selektivvertragsdaten.

²⁷ Die Attribute BSNR und LANR sind für die Berichtsjahre 2013 und 2014 nicht mehr Bestandteil der Selektivvertragsdaten.

etriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenbezüge auf der Ebene der abgerechneten Gebührenordnungsposition aufgenommen und es sind die fallbezogenen Angaben zu Operationen/Prozeduren der vertragsärztlichen Behandlung sowie ein Betriebsstättenverzeichnis mit der Zuordnungsvorschrift von Betriebs- zu Nebenbetriebsstätten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses zu übermitteln. Hierbei ist die arzt- und praxisbezogene Längsschnittfähigkeit zu den Daten der Geburtstagsstichprobe sowie zur anlassbezogenen Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zu gewährleisten.

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

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

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

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

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

2.6 Pseudonymisierungsverfahren für die anlassbezogene Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

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

Die arzt- und praxisvollständige anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung für die geplante Änderung und Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 (AST_EBM-Daten), welche mit Wirkung für das Berichtsjahr 2011, das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten und die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der letzten Stufe der geplanten EBM-Reform an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wird, ist darüber hinaus angereichert um Angaben zum Standort (Kreiskennziffer) und zum Planungsbereich der Praxis. Zudem werden einmalig für bestimmte KV-Bereiche die Lebensalterstufe und das Geschlecht des Arztes für das Berichtsjahr 2011 erhoben.

Die anlassbezogene arzt- und praxisvollständige Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des

Orientierungswertes für die Jahre 2014 und 2015 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V (AST_OW-Daten), welche mit Wirkung für die Berichtsjahre 2012 und 2013 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wird, schreibt die AST_EBM-Daten – mit Ausnahme der Angaben zur Kreiskennziffer und zum Planungsbereich der Praxis sowie mit Ausnahme der Alters- und Geschlechtsangaben für Ärzte bestimmter KV-Bereiche – über das Berichtsjahr 2011 hinweg fort. Für Verwendungszusammenhänge außerhalb der Berechnungen zur Anpassung des Orientierungswertes enthalten die AST_OW-Daten zusätzlich die Anzahl der Arzt- und Behandlungsfälle aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme.

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

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

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

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

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

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

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

3 Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen

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

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

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

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

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

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

Tabelle 6 Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen

Attribut	Stufe	Geburtsstagsstichprobe	GSPR	Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen	Anlassbezogene Daten der um Merkmale angereicherten Geburtsstagsstichprobe	Anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung
KVNR ^{25, 26} bzw. eGK	1	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}		
	2	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}		
	3		K ^{III} _{KVNR_GS}			
ANR ²³ / BSNR ²⁷ / NBSNR ²⁴	1	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_SV}	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_GS}
	2	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_SV}	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_GS}
	3		K ^{III} _{BSNR_GS}			
LANR ^{24, 27}	1			K ^I _{LANR_SV}	K ^I _{LANR_GS}	K ^I _{LANR_GS}
	2			K ^{II} _{LANR_SV}	K ^{II} _{LANR_GS}	K ^{II} _{LANR_GS}
Fall_ID	3		K ^{III} _{Fall_ID_GS}			

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

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

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

4 Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

Alle erhobenen Daten haben einen Zeitbezug und können immer einem Berichtsjahr zugeordnet werden. Für bestimmte Auswertungen und Berechnungen ist eine Längsschnitteigenschaft der Daten über einen Zeitraum von mehreren Jahren erforderlich. Daraus lassen sich entsprechende Aufbewahrungsfristen ableiten.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist erfolgt für die Daten des entsprechenden Berichtsjahres:

- eine Löschung oder
- eine irreversible Entfernung des Personenbezuges.

Nicht geregelt werden hier die Aufbewahrungsfristen von Daten in Einzelkassen, Kassenverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und beauftragten Rechenzentren, da diese ohnehin den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des § 304 SGB V unterliegen.

Die gemäß § 87 Absatz 3f SGB V übermittelten Daten, die das Institut des Bewertungsausschusses für Aufgaben außerhalb § 87a Absatz 5 SGB V benötigt, werden solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre.

Die vom Institut gemäß § 87a Absatz 5 SGB V durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen erfordern eine Längsschnitteigenschaft der Daten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Zu diesem Zweck werden ausschließlich Daten aus den letzten vier Berichtsjahren aufbewahrt. Nach Abschluss der Auswertungen, spätestens jedoch nach Lieferung und erfolgreicher Qualitätssicherung der Daten des jeweils nächsten Berichtsjahres, werden die Daten des am weitesten zurückliegenden Berichtsjahres gelöscht, bzw. der Personenbezug irreversibel entfernt. Dieser Prozess wiederholt sich in den Folgejahren entsprechend.

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten eines Berichtsjahres ist bei den Trägerorganisationen der Vergleich mit Daten der Vorjahre erforderlich. Um die sich auf der Grundlage der im InBA bzw. der Datenstelle des Bewertungsausschusses vorgehaltenen Daten eines Zeitraums von vier Jahren ergebenden allfälligen Rückfragen zur Datenqualität beantworten und entsprechende Probleme ggf. ohne aufwändige Neulieferung der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigungen lösen zu können, ist eine Aufbewahrungsfrist entsprechend derjenigen beim InBA bzw. der Datenstelle des Bewertungsausschusses erforderlich.

Es werden dementsprechend ausschließlich Daten aus den letzten vier Berichtsjahren aufbewahrt und nach Löschung bzw. irreversibler Entfernung des Personenbezugs der Daten eines am weitesten zurückliegenden Berichtsjahres bei InBA bzw. Datenstelle des Bewertungsausschusses die entsprechenden Daten auch beim GKV-Spitzenverband und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelöscht bzw. der Personenbezug irreversibel entfernt, sofern eine weitergehende Aufbewahrung nicht aufgrund weiterer Erhebungszusammenhänge erforderlich und zulässig ist.

5 Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren

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

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

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

5.1 Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160

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

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

5.2 Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe

5.2.1 Versichertennummer (alt/neu)

Bei der Versichertennummer ist zunächst zu prüfen, ob es sich um eine neue Versichertennummer der eGK oder um eine Versichertennummer von der herkömmlichen Krankenversicherungskarte handelt²⁸.

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

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

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

²⁸ Eine leere Zeichenkette als Ersatzwert für eine Versichertennummer wird nicht nach dem unten beschriebenen Verfahren pseudonymisiert. Stattdessen wird als Pseudonym ebenfalls eine leere Zeichenkette erzeugt.

Normalisierungsschritt eGK

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

Normalisierungsschritt KVK

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

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

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

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

Ablauf:

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

5.2.2 Lebenslange Arztnummer (LANR)

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

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

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt den Krankenkassen den Schlüssel $K_{LANR_SV}^1$ für die Datenlieferung zu Selektivvertragsdaten zur Verfügung.

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

Ablauf:

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

5.2.3 Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)

Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) sind 9-stellig und werden in voller Länge pseudonymisiert. Die bis zum 2. Quartal 2008 vorhandene Abrechnungsnummer (ANR) wird mit anzufügenden Nullen auf 9 Stellen aufgefüllt und pseudonymisiert.

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

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

Ablauf:

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

5.3 Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe

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

Ablauf:

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

5.4 Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe

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

5.4.1 Pseudonymisierung von KVNR, eGK und BSNR

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

Ablauf:

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

5.4.2 Pseudonymisierung der Fall_ID

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

Ablauf:

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

5.5 Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt

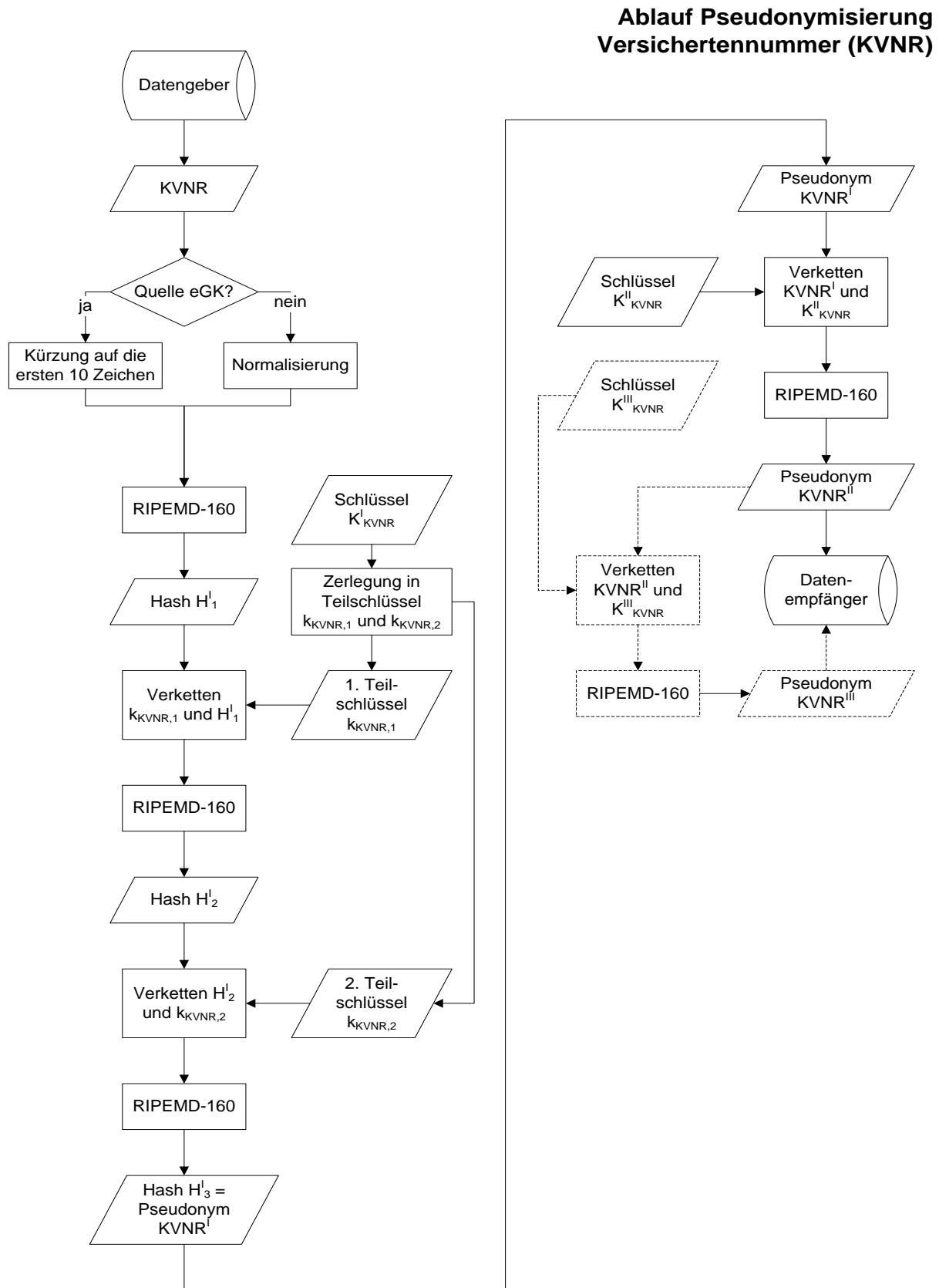


Abbildung 4: Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)

Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

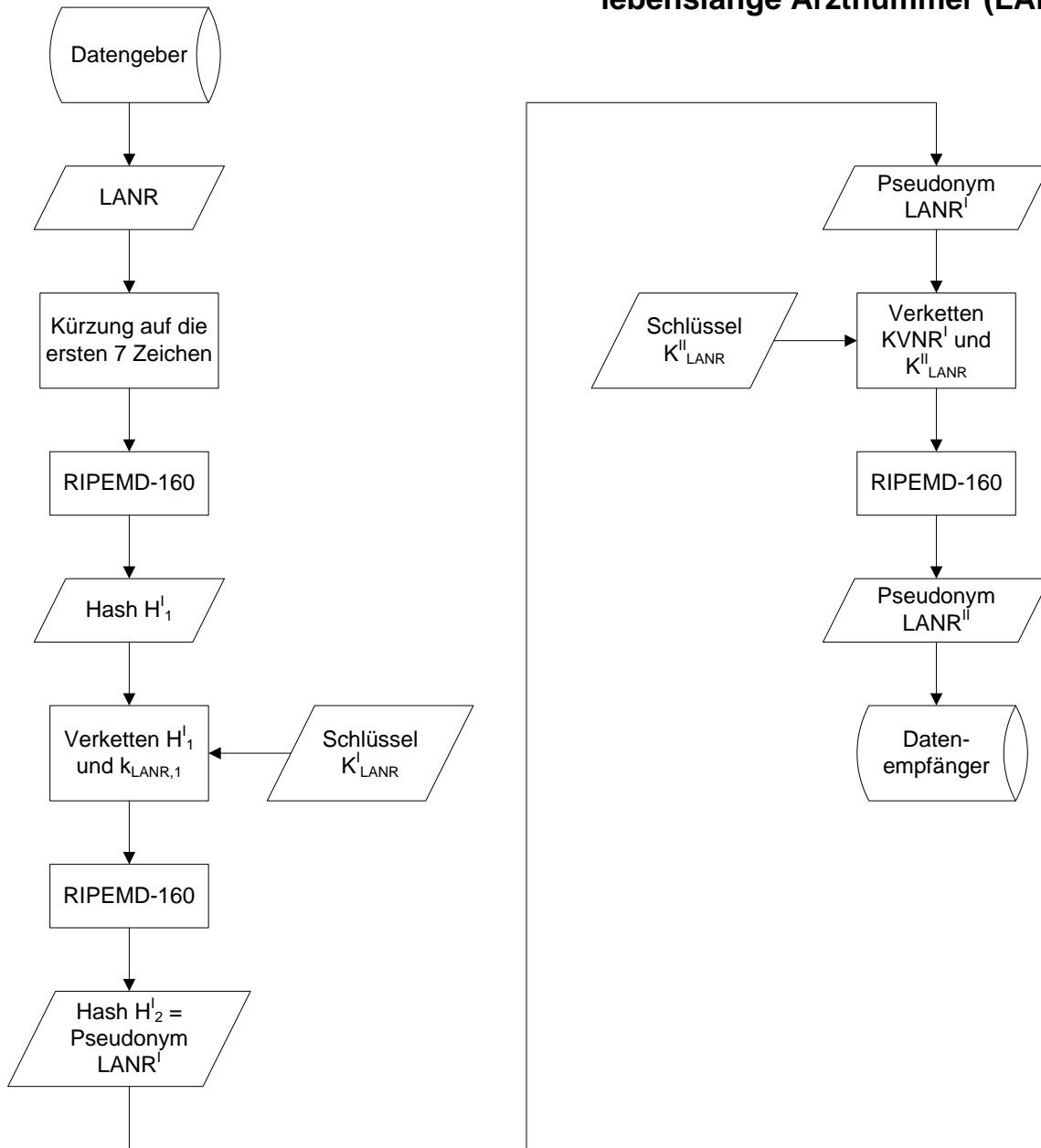


Abbildung 5: Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR)*

* gilt analog für Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)

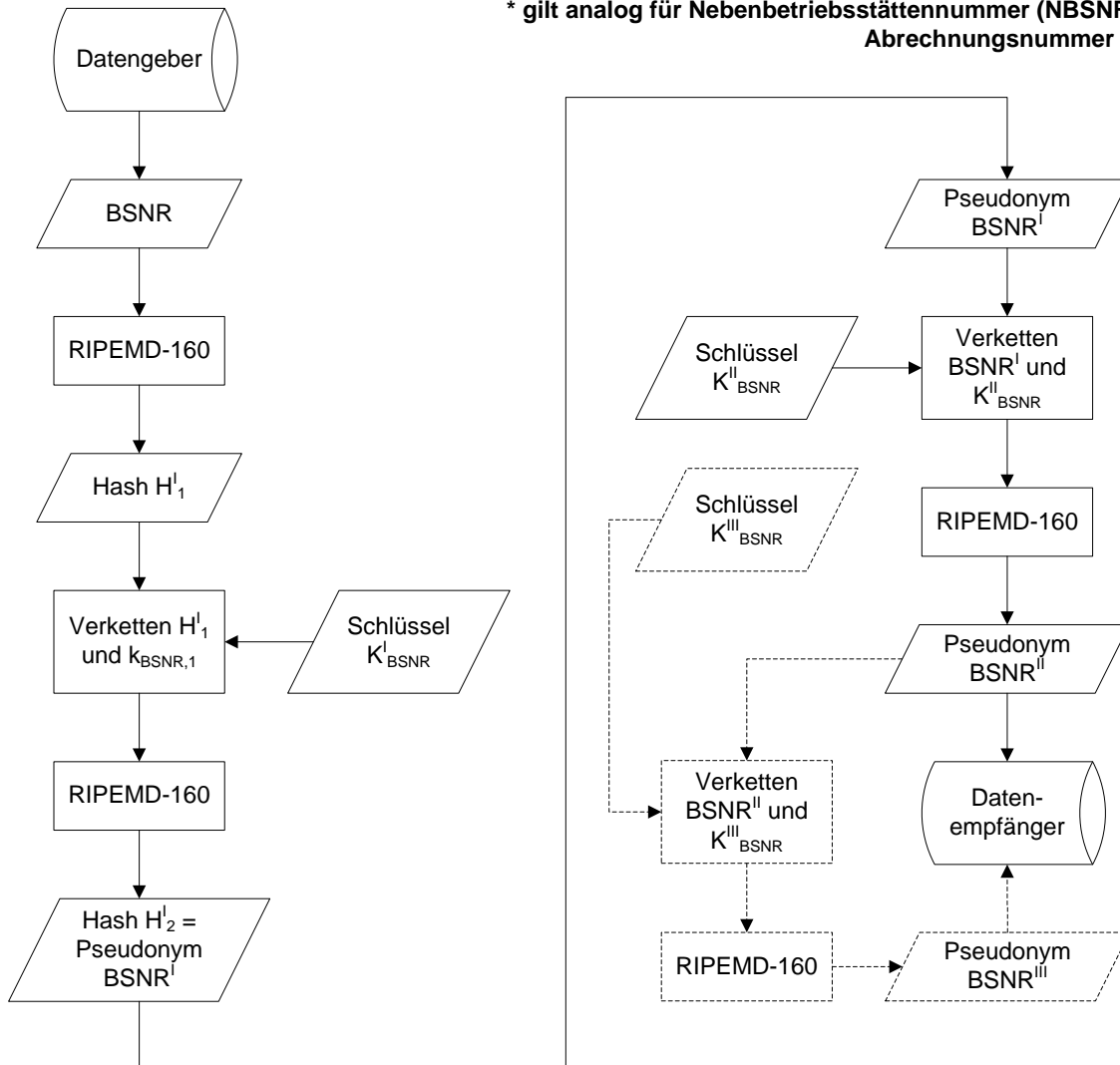


Abbildung 6: Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)

Ablauf Pseudonymisierung Fall_ID*der GSPR * nur dritte Stufe

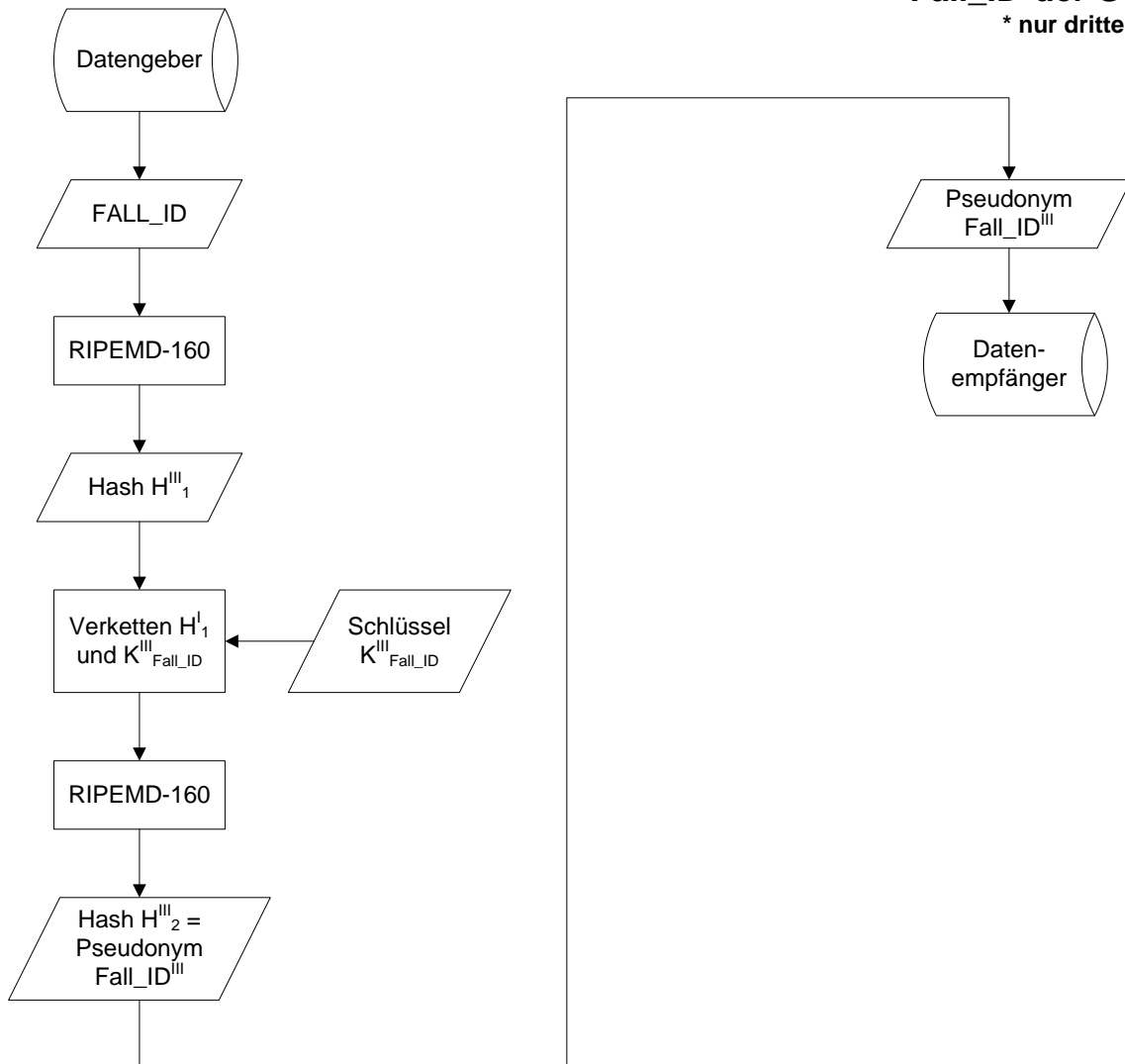


Abbildung 7: Ablauf Pseudonymisierung Fall_ID

6 Schlüsselmanagement

6.1 Schlüsselerzeugung

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

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

Die Schlüssel der zweiten und dritten Stufe werden zeichenweise gelöst.

6.2 Logistik der Schlüsselverteilung

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

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

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

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

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

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

6.3 Gültigkeit von Schlüsseln

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

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

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

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

Zuordnungstabellen werden nach erfolgter Umschlüsselung (innerhalb von 30 Tagen nach Bereitstellung) gelöscht. Die Bestätigung der Löschung ist dem Lieferanten der Umsetztabelle innerhalb von 14 Tagen schriftlich mitzuteilen. Die Bereitstellung von Zuordnungstabellen ist unabhängig von der Speicherung der übrigen Daten. Diese werden gemäß Abschnitt 4 für Qualitätssicherungszwecke gespeichert. Da es dabei insbesondere auch um das Auffinden von Pseudonymisierungsfehlern und die Klärung von Sachverhalten in Kommunikation mit den Datengebern (Krankenkassen und KVen) geht, werden auch die Pseudonyme der ersten Stufe gespeichert. Die Daten werden dann gemäß der beschriebenen Kopplung von Stichprobenzug, Schlüsselgültigkeit und Datenlöschung an die Berichtsjahre („rollierendes Panel“) gelöscht.

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

Die Stichprobenauswahl zur Geburtstagsstichprobe und die Schlüsselvergabe zur Pseudonymisierung der Versichertennummern werden miteinander gekoppelt. Dazu wurde für die Berichtsjahre ab 2011 ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Auswahlgeburtstagen, konzipiert, das ausführlich in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschrieben ist.

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

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

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

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