Lesefassung des

B E S C H L U S S E S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der in §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt in einer Neufassung im Folgenden das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der für die Umsetzung der in §§ 87, 87a SGB V vorgesehenen Aufgaben erforderlichen Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Gegenstand dieses Beschlusses sind auch die erforderlichen Datenübermittlungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V i. V. m. § 87 Abs. 3f Satz 2 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses. In Abhängigkeit von Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V umfasst der Verwendungszweck der im Folgenden beschlossenen Datenlieferungen auch die Umsetzung der in § 116b Abs. 6 SGB V vorgesehenen Aufgaben des Bewertungsausschusses. Bereits beschlossene Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V bleiben unberührt, soweit sich aus diesem Beschluss keine Änderungen ergeben.

I. Befristung von bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss beschließt die Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017

- in Bezug auf Abschnitt II. mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich zu dem Berichtsjahr 2017,

- in Bezug auf die Abschnitte III. bis VII. und IX. mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich zu dem Berichtsjahr 2018,

- in Bezug auf Abschnitt VIII. mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich zu dem Berichtsquartal 2/2019.

II. Fortschreibung von Datenerhebungen zur bundesweiten Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

1. Der Bewertungsausschuss beschließt die Fortschreibung der durch den Bewertungsausschuss in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 beschlossenen Erhebung der Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018.

2. Die Stichprobenauswahl zur Übermittlung versichertenvollständiger Abrechnungsdaten aus allen KV-Bezirken erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten als kalenderjährlich rollierendes Panel und umfasst die in Anlage 1 bezeichneten Kalendertage eines jeden Monats.

3. Die Krankenkassen übermitteln jährlich für die vier Berichtsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) die pseudonymisierten Versichertenstammdaten in der Satzart 201, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, jeweils bis zum 15. Oktober des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. Oktober 2019. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch den GKV-Spitzenverband vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen.

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

   Der GKV-Spitzenverband leitet die zusammengeführten Daten in der Satzart 201 jährlich jeweils bis zum 15. November des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter. Darüber hinaus übermittelt der GKV-Spitzenverband die aktuellen Kostenträgerstammdaten für den jeweiligen Berichtszeitraum in den Satzarten 219 und 220 nochmals turnusmäßig

quartalsweise zum Stichtag des ersten Kalendertages eines Quartals an die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie an das Institut des Bewertungsausschusses.

4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt jährlich für die vier Berichtsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum) die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in den Satzarten 202, 203 und 210 sowie die, soweit vorgesehen pseudonymisierten, vertragsärztlichen Stammdaten in den Satzarten 211, 213 und 215 jeweils bis zum 15. November des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. November 2019.

5. Das Institut des Bewertungsausschusses führt die gemäß Nr. 3 in der Datenstelle eingegangenen Versichertenstammdaten mit den gemäß Nr. 4 in der Datenstelle eingegangenen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zusammen, erstellt hierzu 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 des Bewertungsausschusses zur Verfügung.

   GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung fordern unter Berücksichtigung dieser Auswertungen 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.

   Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermitteln bei Bedarf bis zum 15. Februar des übernächsten auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres Korrekturen zu den gemäß den Nrn. 3 und 4 gelieferten Daten in Form einer Austauschlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

6. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 2 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

7. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

III. Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 die Daten der arztseitigen Rechnungslegung, die Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG und die Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am ersten Tag des sechsten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die

Kassenärztliche Bundesvereinigung, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2019 am 1. September 2019.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach Nr. 1 erhobenen Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI am 15. Tag des sechsten auf den Berichtszeitraum folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

3. Bei formalen oder inhaltlichen Fehlern erfolgen Korrekturlieferungen zu Daten gemäß Nr. 1 innerhalb einer Frist von bis zu fünf Monaten nach erstmaligem Liefertermin zeitnah an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die diese dann innerhalb einer Frist von bis zu einem Monat nach erstmaligem Liefertermin unverzüglich und im Falle später eingehender Korrekturlieferungen zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß Nr. 2 weiterleitet. Später festgestellte formale oder inhaltliche Fehler melden die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V gemeinsam und einvernehmlich über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an und lösen diese durch Übermittlung von Korrekturlieferungen zu den Lieferterminen gemäß Nr. 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die diese zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß Nr. 2 weiterleitet. Korrekturbedarf nach Abstimmung der Daten in der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen melden die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V abweichend von Satz 2 über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an; dieser wird nach Abstimmung durch die Gesamtvertragspartner durch Übermittlung von Korrekturlieferungen zu den Lieferterminen gemäß Nr. 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgelöst. Zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmte Daten der arztseitigen Rechnungslegung nach Satz 3 können durch die gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung in der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen zu den Lieferterminen gemäß Nr. 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet Datenlieferungen nach den Sätzen 2 und 3 zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß Nr. 2 weiter und informiert wenn möglich über den jeweiligen bedarfsauslösenden Grund der Lieferung. Das Institut des Bewertungsausschusses erfasst angemeldete Korrekturbedarfe nach den Sätzen 2 und 3 sowie bedarfsauslösende Gründe nach Satz 5 soweit möglich in einer Fehler- und Korrekturliste, gleicht diese mit den Eingängen von Korrekturlieferungen ab und übermittelt diese Informationen an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses.

4. Die Datenlieferungen für die Satzarten nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 3 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung, im Falle der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß der in der Anlage zu Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzarten nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsquartal 1/2019 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

5. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

IV. Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

1. Die Krankenkassen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am 10. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und leitet diese jeweils am 20. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Berichtsquartal (Berichtszeitraum) am 10. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet diese Daten jeweils am 20. Tag des siebten auf das jeweilige Berichtsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.

3. Bei formalen oder inhaltlichen Fehlern erfolgen Korrekturlieferungen der Daten gemäß den Nrn. 1 und 2 innerhalb einer Frist von bis zu fünf Monaten nach erstmaligem Liefertermin unverzüglich an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die diese dann innerhalb einer Frist von bis zu einem Monat nach erstmaligem Liefertermin am 20. Tag des auf den erstmaligen Liefertermin folgenden Monats und im Falle später eingehender Korrekturlieferungen zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß den Nrn. 1 und 2 weiterleiten. Nach erfolgter Abstimmung der Daten der kassenseitigen Rechnungslegung durch die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V festgestellten Korrekturbedarf melden die Gesamtvertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an; dieser wird durch Übermittlung von Korrekturlieferungen in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK gemäß Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen zu den Lieferterminen gemäß den Nrn. 1 und 2 an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgelöst, die diese zusammen mit den Daten für das jeweils aktuell zu liefernde Berichtsquartal gemäß den Nrn. 1 und 2 weiterleiten. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses informieren bei Korrekturlieferungen wenn möglich über den jeweiligen bedarfsauslösenden Grund der Lieferung. Das Institut des Bewertungsausschusses erfasst angemeldete Korrekturbedarfe nach Satz 2 sowie bedarfsauslösende Gründe nach Satz 3 soweit möglich in einer Fehler- und Korrekturliste, gleicht diese mit den Eingängen von Korrekturlieferungen ab und übermittelt diese Informationen an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses.

4. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen in der Satzart KASSRG87a-MGV gemäß der in Anlage 4 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung, im Falle der Satzart KASSRG87aMGV_IK gemäß der in der Anlage zu Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzart nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsquartal 1/2019 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

5. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

V. Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 die Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten AST_ABRGR und AST_ABRGR_GOP jeweils bis zum fünften Tag des zehnten auf das Berichtsquartal (Berichtszeitraum) folgenden Monats an das Institut des Bewertungsausschusses, beginnend mit dem Berichtsquartal 1/2019 bis zum 5. Januar 2020.

2. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 5 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzarten nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsquartal 1/2019 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

3. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VI. Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019

1. Der GKV-Spitzenverband übermittelt jährlich mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019 die altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM6 zum Erhebungsstichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres jeweils bis zum 15. August des Kalenderjahres an das Institut des Bewertungsausschusses, frühestens jedoch zwei Arbeitstage nach Abgabe der Statistik an das Bundesministerium für Gesundheit.

2. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen bei Bedarf.

3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 6 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzart nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsjahr 2019 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

4. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VII. Übermittlung von monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

1. Die Krankenkassen melden quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 die zu den Erhebungsstichtagen nach Nr. 5 zu erfassenden monatlichen Versichertenzahlen sowie die durchschnittlichen Versichertenzahlen des zu meldenden Quartals, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, jeweils zum 10. Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER87a an den GKV-Spitzenverband. Liegen zum Zeitpunkt der turnusmäßigen Datenerhebung einige oder alle Versichertenzahlen einer Krankenkasse für das zu meldende Berichtsquartal nicht vor, so übermitteln die betreffenden Krankenkassen Missing-Werte anstelle der Versichertenzahlen, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und meldet geprüfte und aufbereitete Daten jeweils zum 20. Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER87a_IK an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Die Meldung der Zahl der Versicherten nach Nr. 1 erfolgt separat für Versicherte mit Wohnort in Deutschland, für Versicherte mit Wohnort im Ausland und für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben. Zusätzlich wird die Zahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk übermittelt. Die nach den Sätzen 1 und 2 vorgesehene Meldung der Zahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, der Zahl der Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V sowie der Zahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist.

3. Die Zuordnung der Zahl der Versicherten nach Nr. 1 zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungsstichtagen nach Nr. 5 in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Daten. Weicht der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V (Familienversicherung) von dem Wohnort des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.

4. Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versichertenzahlen nach Nr. 1 zu bestimmen.

5. Erhebungsstichtag für die Zahl der Versicherten nach Nr. 1 ist der erste Tag eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. Tag des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungsstichtag betreffen, zu berücksichtigen (dies gilt auch für Korrekturmeldungen).

6. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen zur Auflösung der zum Zeitpunkt der turnusmäßigen Datenerhebung fehlenden Werte (Missing-Kennzeichen) sowie darüber hinaus bei Bedarf.

7. Das Institut des Bewertungsausschusses nimmt eine Plausibilitätsprüfung der nach diesem Abschnitt vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a_IK u. a. unter Berücksichtigung der nach Abschnitt VIII. vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM1 sowie der nach Abschnitt VI. vom GKV-Spitzenverband gemeldeten Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM6 vor und berichtet die Ergebnisse dieser Prüfung im Bewertungsausschuss. Hierbei sind Korrekturlieferungen nach Nr. 6, Abschnitt VI. Nr. 2 und Abschnitt VIII. Nr. 2 zu berücksichtigen.

8. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzarten nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsquartal 1/2019 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

9. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

VIII. Übermittlung von monatlichen Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016

1. Der GKV-Spitzenverband übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 die monatlichen kassenartenbezogenen Versichertenzahlen gemäß amtlicher KM1-Statistik jeweils zum fünften Tag des auf das Berichtsquartal folgenden Monats in der Satzart ANZVER_KM1 an das Institut des Bewertungsausschusses, für die Berichtsquartale 1/2016 bis 2/2019 abweichend hiervon zum 5. Oktober 2019.

2. Korrekturlieferungen zu Daten nach Nr. 1 erfolgen bei Bedarf.

3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 8 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung. Sofern für ein und denselben Berichtszeitraum aufgrund von Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unterschiedliche Datensatzformate für die Satzart nach diesem Abschnitt definiert sind, erfolgen Korrekturlieferungen nach der jeweils aktuellsten für den jeweiligen Berichtszeitraum geltenden Datensatzbeschreibung; dies gilt für vor dem Berichtsquartal 1/2016 liegende Berichtszeiträume entsprechend.

4. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses und bei der Datenstelle des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

IX. Übermittlung der Stammtabelle der Gebührenordnungspositionen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Berichtszeitraum) die Stammtabelle der Gebührenordnungspositionen einschließlich der regional definierten Positionen gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte jeweils bis zum 15. Tag des sechsten auf den Berichtszeitraum folgenden Monats an das Institut des Bewertungsausschusses.

X. Pseudonymisierung

Die Datenlieferungen gemäß diesem Beschluss unterliegen den Vorgaben des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung.

XI. Schlüsselverzeichnisse

Die Schlüsselverzeichnisse in der jeweils gültigen Version zu Datenübermittlungen nach diesem Beschluss werden gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (https://institut-ba.de/service/schluesselverzeichnisse.html) veröffentlicht.

Anlagen:

Anlage 1 Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2013

Anlage 2 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019 (Satzarten 201, 202, 203, 210, 211, 213, 215, 219, 220)

Anlage 3 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023 (Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI)

Anlage 4 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Satzart KASSRG87aMGV)

Anlage 5 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Satzarten AST_ABRGR, AST_ABRGR_GOP)

Anlage 6 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019 (Satzart ANZVER_KM6)

Anlage 7 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Satzarten ANZVER87a, ANZVER87a_IK)

Anlage 8 Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016 (Satzart ANZVER_KM1)

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2013

(Stand: 15. Mai 2019)

Für die Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe ist ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Geburtstagen konzipiert.

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

	Kalendertag des Geburtstags													
Berichts-jahr	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.	26.	6.	13.	20.	27.
2013	■	■	■	■	■	■	■							
2014		■	■	■	■	■	■	■						
2015			■	■	■	■	■	■	■					
2016				■	■	■	■	■	■	■				
2017					■	■	■	■	■	■	■			
2018						■	■	■	■	■	■	■		
2019							■	■	■	■	■	■	■	
2020								■	■	■	■	■	■	■

	Kalendertag des Geburtstags													
Berichts-jahr	19.	26.	6.	13.	20.	27.	2.	9.	16.	23.	28.	8.	15.	22.
2021	■	■	■	■	■	■	■							
2022		■	■	■	■	■	■	■						
2023			■	■	■	■	■	■	■					
2024				■	■	■	■	■	■	■				
2025					■	■	■	■	■	■	■			
2026						■	■	■	■	■	■	■		
2027							■	■	■	■	■	■	■	
2028								■	■	■	■	■	■	■

	Kalendertag des Geburtstags													
Berichts-jahr	16.	23.	28.	8.	15.	22.	7.	14.	21.	3.	10.	17.	24.	4.
2029	■	■	■	■	■	■	■							
2030		■	■	■	■	■	■	■						
2031			■	■	■	■	■	■	■					
2032				■	■	■	■	■	■	■				
2033					■	■	■	■	■	■	■			
2034						■	■	■	■	■	■	■		
2035							■	■	■	■	■	■	■	
2036								■	■	■	■	■	■	■

	Kalendertag des Geburtstags													
Berichts-jahr	21.	3.	10.	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.	26.	6.
2037	■	■	■	■	■	■	■							
2038		■	■	■	■	■	■	■						
2039			■	■	■	■	■	■	■					
2040 ff.	Analog 2013 ff.													

Für jeden Auswahlgeburtstag wird jeweils ein eigener Pseudonymisierungsschlüssel verwendet. Das Nähere zur Pseudonymisierung ist im Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung geregelt.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten....14
2 Vorgaben zur Pseudonymisierung....14
2.1 Pseudonymisierung der Versichertennummer....14
2.2 Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer....15
2.3 Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute....15
2.4 Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen....15
3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses....16
4 Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten....17
5 Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)....20
6 Satzart 203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)....22
7 Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung....24
8 Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis....26
9 Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei....28
10 Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei....29
11 Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)....30
12 Satzart 220 – Kostenträgerhistorie....31
13 Hinweise zur Verarbeitung der Daten....33

1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

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

Spalte	Bedeutung
Feld Nr.	fortlaufende Nummerierung der Felder innerhalb der Satzart, beginnend mit „00“
Feld	Name des Feldes
Feldart	M = Muss-Feld m = bedingtes Muss-Feld K = Kann-Feld
Anzahl Stellen	Feldlänge
Feldeigenschaft	Datentyp („numerisch“ oder „alphanum.“)
Inhalt/Erläuterung	weitere Erläuterungen, Lieferhinweise etc. für das jeweilige Feld

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

2 Vorgaben zur Pseudonymisierung

Die Pseudonymisierung erfolgt auf Grundlage des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung und wird für diese Datenübermittlung nach den folgenden Vorgaben durchgeführt.

2.1 Pseudonymisierung der Versichertennummer

Die Pseudonymisierung des unveränderlichen Teils der lebenslangen Versichertennummer (eGK) der nachfolgend definierten Satzarten 201, 202, 203 und 210 erfolgt auf der ersten Stufe mit dem vom Institut des Bewertungsausschusses festzulegenden Schlüssel K^{I}_{KVNR}_GS und auf der zweiten Stufe mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband gemeinsam festzulegenden Schlüssel K^{II}_{KVNR}_GS gemäß Abschnitt 2.1 des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss entsprechend der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen. Diese Schlüssel sind auf der jeweiligen Stufe geburtskalendertagsspezifisch und bezogen auf den jeweiligen Geburtskalendertag jahresübergreifend identisch.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 03 (PersonenID) in Satzart 201
- Datenfeld 03 (PersonenID) in Satzart 202
- Datenfeld 03 (PersonenID) in Satzart 203
- Datenfeld 03 (PersonenID) in Satzart 210

2.2 Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer

Die Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer (BSNR) erfolgt auf der ersten Stufe mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festzulegenden Schlüssel K^{I}_{BSNR}_GS und auf der zweiten Stufe mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festzulegenden Schlüssel K^{II}_{BSNR}_GS gemäß Abschnitt 2.1 des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss entsprechend der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen. Diese Schlüssel sind auf der jeweiligen Stufe berichtsjahresübergreifend identisch.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 05 (Betriebsstättenpseudonym) der Satzart 202
- Datenfeld 02 (Betriebsstättenpseudonym) der Satzart 211

2.3 Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute

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

		Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
Attribut	**Lieferant**	**Erzeugung/ Verteilung**	**Schlüssel**	**Erzeugung**	**Schlüssel**
eGK	Kasse, KV	InBA	K^{I}_{KVNR}_GS	KBV/GKV-SV	K^{II}_{KVNR}_GS
BSNR	KV	KBV	K^{I}_{BSNR}_GS	KBV	K^{II}_{BSNR}_GS

2.4 Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen

Die Schlüssel auf der ersten und der zweiten Stufe der Pseudonymisierung der Geburtstagsstichprobe sind identisch zu den Pseudonymisierungsschlüsseln anderer Datenlieferungen für das jeweilige Berichtsjahr, sodass eine versichertenbezogene Verknüpfung oder eine betriebsstättenbezogene Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute der Geburtstagsstichprobe mit den Pseudonymen der anderen Datenlieferungen gewährleistet ist.

Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen anhand identischer Schlüssel

Attribut	**Stufe**	**GSP**	**SV-Daten**	**GSPA/GSPB**	**AST-Daten**	**ASV-Patienten-Kennzeichnung**	**Pseudonyme von Versicherten mit stationärer Pflegeversorgung**
eGK	1	K^{I}_{KVNR}_GS	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	K^{II}_{KVNR}_GS
BSNR	1	K^{I}_{BSNR}_GS		K^{I}_{BSNR}_GS	K^{I}_{BSNR}_GS		
	2	K^{II}_{BSNR}_GS		K^{II}_{BSNR}_GS	K^{II}_{BSNR}_GS		

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht auf seiner Internetseite https://institut-ba.de/service/pseudonymisierung.html fortlaufend aktualisierte Übersichten über die Gesamtheit der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Datenlieferungen gemäß §§ 87 Abs. 3f, 87a Abs. 6 sowie 119b Abs. 3 Satz 2 SGB V mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen einschließlich der jeweils beschlossenen Berichtszeiträume, welche den Vorgaben des Pseudonymisierungsverfahrens unterliegen.

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses

Jeder Datensatz ist mit carriage return/line feed (alternativ gem. Unix-Konventionen nur line feed) abzuschließen, d. h. je Datensatz ist eine neue Zeile in den Dateien zu verwenden. Als Zeichensatz wird der Zeichencode gem. ISO 8859-15 festgelegt.

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

Dateinamen:

Verfahrensart:	einstellig, S = Stichprobe
Satzart:	dreistellig, 201 usw.
Von-Periode:	dreistellig, Format: JJQ;
Bis-Periode:	dreistellig, Format: JJQ;
IK	neunstellig Institutionskennzeichen des Datenlieferanten bzw. KBVfrKVnn = KBV für KV mit KV-Nummer
Lieferdatum:	achtstellig, Dateierstellungsdatum im Format JJJJMMTT
Version:	zweistellig, Versionsnummer im Format ZZ, Nummerierung mit führenden Nullen
Beispiel:	S202191191KBVfrKV032020111501 Stichprobe der ambulanten Fall-Daten für das 1. Quartal 2019 von der KBV für die KV Bremen, Dateierstellung am 15.11.2020, Dateierstfassung mit Version 01

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

4 Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „201“
01	Versiche-rungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8 für das dritte Quartal des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres mit Stand zum 31. August des Jahres
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 – 10) der lebenslangen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.
04	Anzahl Versicherten-tage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal Hier ist die Anzahl der Tage im Quartal zu liefern, an denen das Versicherungsverhältnis, das durch den Primärschlüssel dieser Satzart definiert ist, bestand.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich) x = unbestimmt d = divers (ab dem Versicherungsquartal 20194 zulässig)
06	Geburtsjahr und -quartal	M	5	alphanum.	Geburtsjahr und -quartal im Format JJJJQ bei unbekanntem Quartal Q=0 (z. B. 19730)
07	Versicher-tenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner Bei Veränderungen innerhalb des Quar-tals die aktuellste Angabe
08	Postleitzahl des Wohnor-tes	M	5	alphanum.	Die PLZ wird, inkl. führender Nullen, voll-ständig übertragen, bei Veränderungen innerhalb des Quartals die zuletzt gültige Angabe. Bei Wohnausländern ist PLZ="AUSLA" anzugeben.
09	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffen-den Quartal verstorben ist. 1 = verstorben 0 = sonst
10	Kennzeichen Bereini-gungsrele-vanz	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im Versiche-rungsquartal an mindestens einem in Be-zug auf den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bereinigungs-relevanten Selektivvertrag gemäß § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. oder § 140a SGB V teilgenommen hat 1 = ja 0 = nein
11	Kennzeichen selektivver-traglicher Abrech-nungsweg	m	1	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 10 der Wert „1“ übermittelt wird, ist anzugeben, ob die se-lektivvertragliche Abrechnung vollständi-ger Bestandteil der EFN-Daten gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte ist. 1 = Abrechnung der von den an der ver-tragsärztlichen Versorgung teilnehmen-den Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen erfolgt vollständig über die KV und ist vollständi-ger Bestandteil der EFN-Daten gemäß Anlage 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte 2 = sonst

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
12	Kennzeichen Vollständig-keit des Ver-sorgungs-auftrags	M	1	numerisch	Unabhängig von der Angabe in Feld 10 ist anzugeben, in welchem Ausmaß ein voll-ständiger oder unvollständiger kollektiv-vertraglicher Versorgungsauftrag – vor dem Hintergrund der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme des Versicherten an ei-nem oder mehreren Selektivverträgen ge-mäß § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V – im Versicherungsquartal vorliegt. 1 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauf-trag ist vollständig 2 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauf-trag ist in Bezug auf hausärztlichen Ver-sorgungsbereich unvollständig und in Be-zug auf fachärztlichen Versorgungsbe-reich vollständig 3 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauf-trag ist in Bezug auf fachärztlichen Ver-sorgungsbereich unvollständig und in Be-zug auf hausärztlichen Versorgungsbe-reich vollständig 4 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauf-trag ist sowohl in Bezug auf hausärztli-chen als auch fachärztlichen Versor-gungsbereich unvollständig <u>Hinweis:</u> Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertragli-cher Versorgungsauftrag zu werten.
13	Kalendertag des Geburts-tags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versi-cherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisie-rung von Versichertennummern.
14	Kennzeichen Betreute	M	1	numerisch	Angabe, ob die Person zur Personen-gruppe nach § 264 Abs. 2 SGB V gehört: 0 = nein 1 = ja
15	Gesamtver-tragszustän-dige KV	M	2	alphanum.	Nummer der in Bezug auf den Versicher-ten bzw. die nach § 264 Abs. 2 SGB V betreute Person für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereini-gung gemäß Schlüsselverzeichnis 2. Bei Veränderungen innerhalb des Quartals ist die zuletzt gültige Angabe zu liefern.

5 Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä von Versicherten bzw. Fälle von betreuten Personen (§ 264 Abs. 2 SGB V) der Geburtstagsstichprobe. Dem Geburtstagsstichprobenverfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind in Anlage 1 aufgeführt. **Primärschlüssel:** Das Feld 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart 202 (KV-Fall) mit der Satzart 203 (Diagnosen) und der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen). Die Felder 01, 05 und 06 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart 211 (Betriebsstättenverzeichnis). **Anmerkung:** Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 bis 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „202“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf der Krankenversichertenkarte
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Betriebsstät-tenpseudo-nym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt.
06	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
07	LB_Punkte	M	≤13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
09	Leistungs-tage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen
10	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
11	Kalendertag des Geburts-tags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern.

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

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene, Diagnose eines Behandlungsfalls aus Satzart 202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt. Die Diagnosen sind gemäß § 295 Abs. 1 SGB V zu übermitteln. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 die Satzart 203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart 202 (KV-Fall). **Anmerkung:** Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „203“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkas-se auf der Krankenversichertenkarte
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versi-chertennummer, nach dem „Pseudonymi-sierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld “Fall_ID“ in KV-Fall
05	Diagnosen-zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen, be-ginnend mit „1“
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe eines Diagnose-Kodes wie in der Abrechnung enthalten
07	Diagnosesi-cherheit	m	1	alphanum.	A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der be-treffenden Diagnose Bis zum Abrechnungsquartal 4/2019: Im Falle der Übermittlung des Ersatzwertes UUU für die Diagnose in Feld 06 ist in Feld 07 kein Eintrag zu übermitteln. Ab dem Abrechnungsquartal 1/2020: Wenn es sich um einen Nachtragsfall bis einschließlich dem Leistungsquartal 4/2019 mit Übermittlung des Ersatzwertes UUU für die Diagnose in Feld 06 handelt, ist in Feld 07 kein Eintrag zu übermitteln.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Seitenlokali-sation	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts

7 Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „210“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf der Krankenversichertenkarte
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld “Fall_ID“ in KV-Fall
05	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles, beginnend mit „1“
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
07	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet
08	Leistungsbe-darf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07 an
09	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 08: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	Art der Inan-spruchnah-me	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leis-tungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall
11	LB_EURO_ GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent un-ter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07
12	KNZ_AMGV	m	1	numerisch	Kennzeichnung einer Leistung, die auf Grundlage von § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nrn. 1 und 3 SGB V außerhalb der MGV vergütet wird 1 = TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (d. h. ohne Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V) 2 = Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V (mit Ausnahme der GOP 01645, ggf. einschließlich Suffices) 3 = Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbe-darfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeer-eignissen (hier: SARS-CoV-2) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. Teil B des Beschlusses des Bewertungs-ausschusses in seiner 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Be-schlusses des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Be-schlussfassung) bzw. Folgebeschlüssen (mit Ausnahme von GOPen, die außer-halb des NVA innerhalb der EGV vergütet werden, z. B. 02402, 12221, 32811, 32816 oder 40101)

8 Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 2 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird je Betriebsstätte des jeweiligen KV-Bezirks ein Datensatz geliefert. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig. **Anmerkung:** Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „211“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Betriebsstät-tenpseudo-nym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungs-verfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Abrech-nungsgrup-pe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte (vierstellig) gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend
06	Praxis-typ_VS	M	2	numerisch	Kennzeichen des Praxistyps: 10 = Einzelpraxis 11 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach-/ schwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach-übergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwer-punktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ 50 = Krankenhaus

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					90 = Sonstige

9 Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „213“
01	Gültigkeits-zeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Kodes
02	ICD-10-Kode	M	$\geq 3, \leq 7$	alphanum.	Gültiger ICD-10-Kode gemäß SGB V
03	Text	M	≤ 255	alphanum.	Klartext des ICD-10-Kodes
04	Notations-kennzeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !

10 Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „215“
01	Leistungs-quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung, konstant „0“
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
05	GOP-Wert ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent
06	GOP-Wert stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent
07	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
08	LB_EURO_ GO ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent
09	LB_EURO_ GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent

11 Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:
Abgrenzung: In der Satzart 219 teilt der GKV-Spitzenverband der Datenstelle des Bewertungsausschusses die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse – diese identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK – mit. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 und 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig. **Anmerkung:** Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

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

12 Satzart 220 – Kostenträgerhistorie

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

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	Name des aktuellen Rechts-nachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers
11	Kassenart des aktuellen Rechts-nachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfol-gers gemäß Schlüsselverzeichnis 1
12	Fusions-stufe	M	≤ 2	numerisch	1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Fel-dern 06-11 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt. 2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Fel-der 06-08 enthalten die Angaben zum di-rekten Rechtsnachfolger und stimmen mit den Angaben zum aktuellen Rechts-nachfolger in den Feldern 09-11 überein. 3, 4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Fel-der 06-08 enthalten die Angaben zum di-rekten Rechtsnachfolger. Die Felder 09-11 enthalten die Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.
13	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 2, nur angegeben für den Datensatz eines gültigen aktuel-len Rechtsnachfolgers mit der jeweils höchsten Fusionsstufe (1 entspricht der höchsten Stufe)
14	Stand	M	8	numerisch	Stand der Datenlieferung im Format JJJJMMTT

13 Hinweise zur Verarbeitung der Daten

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

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält die erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) und der Betriebsstätten (Betriebsstättennummer) wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss verschlüsselt.

2. Der GKV-Spitzenverband erhält die erforderlichen Daten von den Krankenkassen nach einem vom GKV-Spitzenverband eigenständig abzustimmenden sicheren Übermittlungsverfahren. Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) wird von den Krankenkassen entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss verschlüsselt.

3. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband pseudonymisieren entsprechend den Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss erneut und übermitteln die Daten gemäß den Satzarten jeweils an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

4. Die Zusammenführung und Qualitätssicherung der versichertenbezogenen Abrechnungs- und Stammdaten erfolgt in der Datenstelle des Bewertungsausschusses durch das Institut des Bewertungsausschusses in Abstimmung mit der AG IT des Bewertungsausschusses.

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023

(Stand: 29. März 2023)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 35
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 35
1.2 Format der Datenübertragung 36
2 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA 37
3 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG 41
4 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI 42

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der Arztpraxen liefern die Daten der arztseitigen Rechnungslegung je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen liefern die Daten in den Satzarten ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Quartal fünfstellig numerisch
(20231, 20232, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

Für die Übermittlung der zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmten Daten nach Abschnitt III. Nr. 3 liefern die gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten je KV und Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Daten werden anschließend entsprechend an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(ARZTRG87aKA_IK),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Quartal fünfstellig numerisch
(20231, 20232, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

2 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV, KV am Ort der Arztpraxis, Gebührenordnungsposition, Kennzeichen Wert, MGV-EGV-Kennzeichen, NVA-Kennzeichen, Leistungssegmentkennzeichen und TSVG-Kennzeichen wird höchstens ein Datensatz geliefert. Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der arztseitigen Rechnungslegung für Personen mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 2 SGB V („betreute Personen“) sowie einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 07 mit 09 bis 12 und 17 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	MGV_EGV_ Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen, ob die Gebühr-enordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertrag-lichen Regelungen der MGV, EGV oder NVI zuzuordnen ist 0 = ohne Zuordnung 1 = MGV 2 = EGV 3 = Nicht vertragskonform in Anspruch genommene Leis-tungen (NVI) Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab.
11	NVA_Kennzei-chen	M	1	numerisch	Angabe, ob die Gebührenord-nungsposition als nicht vorher-sehbarer Anstieg des Behand-lungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen ge-kennzeichnet ist. 0 = keine NVA-Kennzeichnung 1 = NVA-Kennzeichnung
12	Leistungsseg-mentkennzei-chen	M	≤ 10	alphanum.	Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4
13	LB_Punkte	M	14,1	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punk-ten bewerteten Gebührenord-nungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwen-dung honorarwirksamer Be-grenzungsregelungen in Punk-ten
14	LB_Euro	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenord-nungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwen-dung honorarwirksamer Be-grenzungsregelungen in Euro

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
15	LB_EURO_GO	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
16	Honorar	M	13,2	dezimal	Summe des arztseitigen Honorars in Euro
17	TSVG-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichnung einer Gebührenordnungsposition im Falle der Abrechnung innerhalb einer TSVG-Konstellation 0 = keine TSVG-Konstellation 1 = TSS-Vermittlungsfall 2 = HA-Vermittlungsfall 3 = Offene Sprechstunde 4 = TSS-Akutfall Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab.

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA

a) Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV)

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

b) Zu Datenfeld 10 (MGV_EGV_Kennzeichen)

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

c) Zu Datenfeld 13 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 14 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 15 (LB_EURO_GO)

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

f) Zu Datenfeld 16 (Honorar)

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

3 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV und GOP wird ein Datensatz geliefert. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

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

4 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, gesamtvertragszuständiger KV, GOP und KV am Ort der Arztpraxis wird höchstens ein Datensatz geliefert. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 06 mit 09 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
09	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arzt-praxis gemäß Schlüsselver-zeichnis 2

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI

Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

Anlage 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 45
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 45
1.2 Format der Datenübertragung 46
2 Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV 47

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_Erstellungsdatum_Version.Endung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Datenlieferant-Kennzeichen_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Datenlieferant-Kennzeichen_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(KASSRG87aMGV),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Kassensitz-IK neunstellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 8),
KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Kennzeichen des originären Datenlieferanten einstellig alphanumerisch
(A=KV, K=Krankenkasse),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Version je Erstellungsdatum einstellig numerisch, beginnend mit 1,
Endung csv.

Für die Übermittlung der zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmten Daten nach Abschnitt IV. Nr. 3 liefern die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die kassenseitigen Gesamtvertragspartner die Daten je KV und Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. an den GKV-Spitzenverband. Die Daten werden anschließend entsprechend an

den GKV-Spitzenverband bzw. an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(KASSRG87aMGV_IK),
KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

2 Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Von dem jeweiligen Datenlieferanten wird pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV mit Ausnahme von Satz 2 genau ein Datensatz geliefert. Für diejenigen Kombinationen aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV, für welche in den Feldern 21, 23 und 24 der Satzart ANZVER87a bzw. ANZVER87a_IK (unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen) in der Summe 0 übermittelt wurde, müssen keine Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV übermittelt werden. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	alphanum.	konstant „KASSRG87aMGV“
01	Datenlieferant	M	1	alphanum.	Kennzeichnung des originären Lieferanten der Satzart A = KV K = Krankenkasse
02	Abrechnungs-quartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
03	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Kranken-kasse gemäß Schlüsselver-zeichnis 8a
04	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
05	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 06 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
06	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal	m	13,1	dezimal	Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, bewertet in Punkten

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

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV

a) Zu Datenfeld 04 (Gesamtvertragszuständige KV)

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

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

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

Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.
Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für den vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt. Dieser Fall sollte die absolute Ausnahme darstellen, denn in der Regel liegt für den vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zumindest ein vorläufiger Wert vor, der zu übermitteln ist.

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

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

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

Wert „1“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt um einen endgültig von den Gesamtvertragspartnern abgestimmten bzw. vom Schiedsamt festgelegten Wert handelt.
Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei dem basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.
Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für den basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt. Dieser Fall sollte die absolute Ausnahme darstellen, denn in der Regel liegt für den basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zumindest ein vorläufiger Wert vor, der zu übermitteln ist.

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

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

f) Zu Datenfeld 09 (Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal)

Wert „1“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei der Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt um einen endgültig von den Gesamtvertragspartnern abgestimmten bzw. vom Schiedsamt festgelegten Wert handelt.
Wert „2“ ist zu übermitteln, wenn es sich bei der Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt noch um einen vorläufigen Wert, z. B. aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres, handelt.
Wert „3“ ist zu übermitteln, wenn für die Versichertenzahl zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt überhaupt noch kein Wert, also noch nicht einmal ein vorläufiger Wert – etwa aus dem entsprechenden Quartal eines Vorjahres – vorliegt.

g) Zu Datenfeld 10 (Versichertenzahl im Abrechnungsquartal)

Die für die Ermittlung der MGV maßgebliche Personenzahl wird von den Gesamtvertragspartnern auf Grundlage der Zahl der Versicherten, Wohnausländer und betreuten Personen, wie sie in der gültigen Lieferung der Satzart ANZVER87a bzw. ANZVER87a_IK übermittelt wurde, vereinbart. Abweichungen sind aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen zu besonderen Versichertengruppen möglich. Für zum Erhebungszeitpunkt fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Anlage 5

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 52
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 52
1.2 Format der Datenübertragung 52
2 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR 53
3 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP 54

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung liefert die Daten je KV und je Satzart und je Berichtsperiode an das Institut des Bewertungsausschusses.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(AST_ABRGR, AST_ABRGR_GOP),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

2 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxen und Abrechnungsgruppe wird höchstens ein Datensatz geliefert. Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

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

3 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „AST_ABRGR_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxen	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 6
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition
05	Einheit	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der Gebührenordnungsposition gemäß Schlüsselverzeichnis 3
06	MGV_EGV_ Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV, EGV oder NVI zuzuordnen ist 0 = ohne Zuordnung 1 = MGV 2 = EGV 3 = Nicht vertragskonform in Anspruch genommene Leistungen (NVI) Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab.
07	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Anzahl der Gebührenordnungsposition nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	LB_Punkte	M	14,1	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Punkten
09	LB_Euro	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
10	LB_EURO_ GO	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro

Erläuterungen zur Satzart AST_ABRGR_GOP

a) Zu Datenfeld 04 (GOP)

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

b) Zu Datenfeld 06 (MGV_EGV_Kennzeichen)

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

c) Zu Datenfeld 08 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 09 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 10 (LB_EURO_GO)

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

Anlage 6

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 58
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 58
1.2 Format der Datenübertragung 58
2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6 59

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Jahr_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch
(ANZVER_KM6),
Jahr vierstellig numerisch
(2019, 2020, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6

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

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

Erläuterungen zur Satzart ANZVER_KM6

Zu Datenfeld 02 (Betriebsnummer):

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

Anlage 7

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 61
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 61
1.2 Format der Datenübertragung 61
2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a 63
3 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a_IK 73

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_Erstellungsdatum_Version.Endung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_KV_Kassenart_000000000_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(ANZVER87a, ANZVER87a_IK),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Kassensitz-IK neunstellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 8),
Kassenart (Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals entsprechend Feld 26) alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Version je Erstellungsdatum einstellig numerisch, beginnend mit 1,
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Bei den Datenlieferungen ist in den Feld-Nrn. 06 bis 25 eine kaufmännische Rundung auf 0 Nachkommastellen vorzunehmen.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungs-IK, Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern. **Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „ANZVER87a“
01	Erstellungsda-tum	M	8	numerisch	Erstellungsdatum der einzel-nen Erst-/Korrekturdatenliefe-rungen im Format JJJJMMTT
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Kranken-kasse gemäß Schlüsselver-zeichnis 8a
03	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
04	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Ver-einigung gemäß Schlüsselver-zeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Per-son
05	Kennzeichen Anzahl Versi-cherte und be-treute Personen	M	5	numerisch	Angabe zu den Werten in den Feldern 06 bis 25 als Vektor-darstellung. Die Elemente des Vektors kön-nen folgende Ausprägungen annehmen: 1 = erhobener Wert 2 = fehlender Wert zum Erhe-bungszeitpunkt 3 = nicht gelieferter Wert auf-grund Verständigung der Part-ner der Gesamtverträge Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 5 des Feldes sind in folgen-der Reihenfolge definiert: 1 = Angabe zu den Feldern 06, 11, 16, 21 2 = Angabe zu den Feldern 07, 12, 17, 22 3 = Angabe zu den Feldern 08, 13, 18, 23 4 = Angabe zu den Feldern 09, 14, 19, 24

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					5 = Angabe zu den Feldern 10, 15, 20, 25 In den Stellen 1 und 4 des Vektors ist die Ausprägung „3“ unzulässig. Der Vektor hat eine feste Breite von genau 5 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.
06	Anzahl Versicherte im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
07	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ersten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 06 im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Anzahl Wohn-ausländer im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicher-ten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länder-kennzeichen hinterlegt ist (Zu-ordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermit-teln, soweit dies gemäß der je-weiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hier-über verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelie-ferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzei-chen).
09	Anzahl betreuter Personen im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der im Auftrag der So-zialhilfeträger betreuten Perso-nen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im ersten Monat inner-halb des zu meldenden Quar-tals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Mis-sing-Kennzeichen).
10	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der be-sonderen Perso-nengruppe „9“ auf der eGK im ersten Monat des Quartals (Davon-Aus-weis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der im Auftrag der So-zialhilfeträger betreuten Perso-nen nach § 264 SGB V mit An-gabe der besonderen Perso-nengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 09 im ersten Monat in-nerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
14	Anzahl betreuter Personen im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
15	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK im zweiten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 14 im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
19	Anzahl betreuter Personen im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
20	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK im dritten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 19 im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
24	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
25	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 24. Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
26	Kassenart	M	2	alphanum.	Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals gemäß Schlüsselverzeichnis 1

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a

Zu Feldern 06 bis 25 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis / Wohnausländer/betreute Personen/betreute Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK als Davon-Ausweis):

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

a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Felder 06, 11, 16, 21),

b) Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 07, 12, 17, 22),

c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 08, 13, 18, 23),

d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Felder 09, 14, 19, 24) sowie

e) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK, als Davon-Ausweis zu Buchstabe d), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 10, 15, 20, 25).

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

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

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

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

3 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER87a_IK

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungs-IK, Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern. **Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	alphanum.	konstant „ANZVER87a_IK“
01	Erstellungsda-tum	M	8	numerisch	Erstellungsdatum der einzel-nen Erst-/Korrekturdatenliefe-rungen im Format JJJJMMTT
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Kranken-kasse gemäß Schlüsselver-zeichnis 8a
03	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
04	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Ver-einigung gemäß Schlüsselver-zeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Per-son
05	Kennzeichen Anzahl Versi-cherte und be-treute Personen	M	5	numerisch	Angabe zu den Werten in den Feldern 06 bis 25 als Vektor-darstellung. Die Elemente des Vektors kön-nen folgende Ausprägungen annehmen: 1 = erhobener Wert 2 = fehlender Wert zum Erhe-bungszeitpunkt 3 = nicht gelieferter Wert auf-grund Verständigung der Part-ner der Gesamtverträge Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 5 des Feldes sind in folgen-der Reihenfolge definiert: 1 = Angabe zu den Feldern 06, 11, 16, 21 2 = Angabe zu den Feldern 07, 12, 17, 22 3 = Angabe zu den Feldern 08, 13, 18, 23 4 = Angabe zu den Feldern 09, 14, 19, 24

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					5 = Angabe zu den Feldern 10, 15, 20, 25 In den Stellen 1 und 4 des Vektors ist die Ausprägung „3“ unzulässig. Der Vektor hat eine feste Breite von genau 5 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.
06	Anzahl Versicherte im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 1. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
07	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ersten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 2. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 06 im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Anzahl Wohn-ausländer im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 3. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicher-ten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länder-kennzeichen hinterlegt ist (Zu-ordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermit-teln, soweit dies gemäß der je-weiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hier-über verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelie-ferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzei-chen).
09	Anzahl betreuter Personen im ersten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der im Auftrag der So-zialhilfeträger betreuten Perso-nen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im ersten Monat inner-halb des zu meldenden Quar-tals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Mis-sing-Kennzeichen).
10	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der be-sonderen Perso-nengruppe „9“ auf der eGK im ersten Monat des Quartals (Davon-Aus-weis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ über-mittelt wird: Anzahl der im Auftrag der So-zialhilfeträger betreuten Perso-nen nach § 264 SGB V mit An-gabe der besonderen Perso-nengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 09 im ersten Monat in-nerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.).

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
14	Anzahl betreuter Personen im zweiten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
15	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK im zweiten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 14 im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
19	Anzahl betreuter Personen im dritten Monat des Quartals	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
20	Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK im dritten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 19 im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende oder nicht gelieferte Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
24	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 4. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
25	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK (Davon-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 05 an 5. Stelle der Wert „1“ übermittelt wird: Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK je KV-Bezirk, als Davon-Ausweis zu Feld 24. Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
26	Kassenart	M	2	alphanum.	Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals gemäß Schlüsselverzeichnis 1
27	Verarbeitungskennzeichen 1	M	9	alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu das IK des logischen Empfängers auf Kassenseite.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
28	Verarbeitungs-kennzeichen 2	M	2	alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu die Kassenart des logischen Empfängers auf Kassenseite.

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a_IK

Zu Feldern 06 bis 25 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis/ Wohnausländer/betreute Personen/betreute Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK als Davon-Ausweis):

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

a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Felder 06, 11, 16, 21),

b) Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 07, 12, 17, 22),

c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 08, 13, 18, 23),

d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Felder 09, 14, 19, 24) sowie

e) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK, als Davon-Ausweis zu Buchstabe d), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 10, 15, 20, 25).

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

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

Sollten bestimmte Werte zum Zeitpunkt der Datenlieferung aus irgendwelchen Gründen fehlen oder aufgrund einer Verständigung der Partner der Gesamtverträge nicht gemeldet werden, so ist an deren Stelle ein leeres Feld zu übermitteln (Missing-Kennzeichen), d. h. mit zwei

direkt aufeinander folgenden Feldtrennzeichen bzw. einem unmittelbar auf ein Feldtrennzeichen folgenden Zeilentrennzeichen. Felder, zu denen inhaltlich keine Versicherten zu melden sind, müssen hingegen korrekt mit einer 0 übermittelt werden.

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

Anlage 8

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der monatlichen Versichertenzahlen der kassenartenbezogenen KM1-Statistik mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2016

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Dateibeschreibung 85
1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung 85
1.2 Format der Datenübertragung 85
2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM1 86

1 Dateibeschreibung

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

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:
Satzart_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(ANZVER_KM1),
Quartal fünfstellig numerisch
(20161, 20162, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.

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

1.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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 Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM1

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	alphanum.	konstant „ANZVER_KM1“
01	Monat	M	6	numerisch	Monat im Format JJJJMM
02	Kassenart	M	2	alphanum.	Kassenart gemäß Schlüssel-verzeichnis 1
03	Anzahl Mitglie-der	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Mitglieder gemäß Schlüsselnummer 10999 der amtlichen KM1-Statistik
04	Anzahl Versi-cherte	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten ge-mäß Schlüsselnummer 12099 der amtlichen KM1-Statistik
05	Betreute Perso-nen	m	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Auftrag der So-zialhilfeträger oder der Träger der öffentlichen Jugendhilfe betreuten Personen nach § 264 SGB V gemäß Schlüs-selnummer 30099 der amtli-chen KM1-Statistik. Der Wert ist ab dem Monat 201602 zu übermitteln. Bis zum Monat 201601 wird das Feld leer übermittelt.
06	Betreute Perso-nen mit Leistun-gen nach dem AsylbLG (Da-von-Ausweis)	m	≤ 8	numerisch	Anzahl der nach § 264 Abs. 1 und 2 SGB V betreuten Perso-nen mit Leistungen nach dem AsylbLG gemäß Schlüssel-nummer 31099 der amtlichen KM1-Statistik, als Davon-Aus-weis zu Feld 05. Der Wert ist ab dem Monat 201602 zu übermitteln. Bis zum Monat 201601 wird das Feld leer übermittelt.