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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023,

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

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023

Präambel

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

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

I. Gliederung des Beschlusses

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

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

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

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

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

Die Schlüsselverzeichnisse in der jeweils gültigen Version zu Datenübermittlungen nach Teil A, B, C und D werden gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 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.

II. Befristung von bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss beschließt die Befristung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015

- in Bezug auf Teil A mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich dem Berichtszeitraum 2015 bis 2017 sowie
- in Bezug auf die Teile B, C und D mit Wirkung für Datenlieferungen bis einschließlich dem Berichtsjahr 2018.

Teil A

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

Präambel

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

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach Beschluss Teil A sind die Beschlüsse zur Erhebung der bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2016 (Abschnitt II. 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, sowie Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Die jährliche Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner auf Landesebene erstreckt sich auf jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre, beginnend mit dem Berichtszeitraum 2016 bis 2018 im Lieferjahr 2020. Diese Daten werden in der Datenstelle des Bewertungsausschusses entsprechend den Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses durch das Institut des Bewertungsausschusses zusammengeführt und qualitätsgesichert. Die Freigabe für die Übermittlung erfolgt unter Berücksichtigung von möglichen Korrekturen und Ergänzungen rechtzeitig, in der Regel bis spätestens drei Wochen vor dem in Abschnitt II. definierten Liefertermin entweder durch die Arbeitsgruppe IT oder in der dafür terminlich erreichbaren Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses.

Im Anschluss an die Freigabe werden die Daten von der Datenstelle in dem für die Übermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einerseits und

an die regionalen Gesamtvertragspartner andererseits vorgesehenen reduzierten Umfang aufbereitet und bezüglich der formalen und inhaltlichen Übereinstimmung der an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu übermittelnden Daten einerseits sowie der Korrektheit der regionalen und kassenartenspezifischen Partitionen der an die Gesamtvertragspartner zu übermittelnden Datenlieferungen andererseits geprüft.

II. Übermittlung der Daten

Die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt die nach Abschnitt I. freigegebenen Daten für die einzelnen jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeiträume jährlich jeweils bis zum 30. April des übernächsten auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres nach dem in der Anlage zu Teil A beschriebenen Verfahren und auf Basis der in der Anlage zu Teil A definierten Datensatzbeschreibung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsjahren 2016 bis 2018 bis zum 30. April 2020. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten unter Einsatz der von ihnen eigenständig abzustimmenden sicheren Verfahren innerhalb von vier Wochen an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V, regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt, weiter. Bei der Übermittlung und Weiterleitung wird die Integrität der übertragenen Daten ausschließlich mittels Prüfsummen auf Dateiebene überprüft. Die Übereinstimmung der Prüfsummen ist wechselseitig zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zu bestätigen und der Datenstelle des Bewertungsausschusses vor der Weiterleitung der Daten mitzuteilen. Bei Abweichungen zwischen den Prüfsummen auf Dateiebene unterbleibt die Weiterverarbeitung der in den Prüfsummen abweichenden Dateien und diese werden durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses erneut übermittelt. Das Verfahren nach Abschnitt I. Absatz 3 gilt gleichermaßen für eine gegebenenfalls erforderliche Austausch- oder Korrekturlieferung.

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

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

III. Anonymisierung der Daten

Ergänzend zu der Vorgabe für die Anonymisierung der Daten gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 zu dem Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss sind die in den Satzarten gemäß der Anlage zu Teil A übermittelten Pseudonyme der Versicherten- bzw. Betriebsstättennummern sowie die Fall-ID vor der Übermittlung der Daten gemäß Abschnitt II. durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses mittels RIPEMD-160 zu pseudonymisieren und anschließend durch jeweils eineindeutige Ordnungsnummern zu ersetzen.

IV. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

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

Anlage zu Teil A Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip regionalisierten Geburtstagsstichprobe von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2017 bis 2019 (Satzarten DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220)

Teil B

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

Präambel

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

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach Beschluss Teil B sind die quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023.

Die Daten werden vom Institut des Bewertungsausschusses geprüft und in dem für die Übermittlung an die regionalen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang aufbereitet sowie gemäß der Anlage zu Teil B den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellt.

Das Institut des Bewertungsausschusses entwickelt den Prüfkatalog in Abstimmung mit der AG Datenkonzepte gegebenenfalls fortlaufend weiter. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses werden über die Ergebnisse der vorgenommenen Prüfungen informiert.

II. Übermittlung der Daten

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

- Daten der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aKA_IK,
- Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG sowie
- Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in den Satzarten ARZTRG-87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK

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

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

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

III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

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

Anlage zu Teil B Datensatzbeschreibung zur Übermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, der Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie der Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023 vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner (Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK)

Teil C

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

Präambel

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

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach Beschluss Teil C sind die quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 gemäß Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung.

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

Das Institut des Bewertungsausschusses entwickelt den Prüfkatalog in Abstimmung mit der AG Datenkonzepte gegebenenfalls fortlaufend weiter. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses werden über die Ergebnisse der vorgenommenen Prüfungen informiert.

II. Übermittlung der Daten

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

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

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

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

III. Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

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

Anlage zu Teil C Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisierten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Satzarten KASSRG87aMGV_SUM, KASSRG87aMGV_IK)

Teil D

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

Präambel

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

I. Grundlage der Datenübermittlungen

Grundlage der Datenübermittlungen nach Beschluss Teil D sind die quartalsweise mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 vom GKV-Spitzenverband an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten, geprüften und aufbereiteten monatlichen und durchschnittlichen Versichertenzahlen des Berichtsquartals in der Satzart ANZVER87a_IK gemäß Abschnitt VII. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

II. Übermittlung der Daten

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

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

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

Anlage zu Teil D — Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach dem Wohnortprinzip regionalisierten monatlichen und quartalsdurchschnittlichen kassenspezifischen Versichertenzahlen vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019 (Satzarten ANZVER87a_SUM, ANZVER87a_IK)

Anlage

zu Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip regionalisierten Geburtstagsstichprobe von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner

mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2017 bis 2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Vorgaben zur Pseudonymisierung ... 14
1.1 Pseudonymisierung der Versichertennummer ... 14
1.2 Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer ... 14
1.3 Pseudonymisierung der Fall_ID ... 14
1.4 Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute ... 15
1.5 Ersetzung der auf der dritten Stufe pseudonymisierten Attribute ... 15
1.6 Verknüpfbarkeit mit anderen Datenlieferungen ... 15
2 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten ... 16
3 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall) ... 21
4 Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen) ... 23
5 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung ... 24
6 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis ... 26
7 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei ... 27
8 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei ... 28
9 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) ... 29
10 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie ... 30
11 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ... 32

1 Vorgaben zur Pseudonymisierung

Die Pseudonymisierung erfolgt auf Grundlage des vom Bewertungsausschuss beschlossenen 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 und wird für diese Datenübermittlung nach den folgenden Vorgaben durchgeführt.

Für die in den Abschnitten 1.1 bis 1.3 jeweils festgelegte Pseudonymisierung wird ein mindestens 24-stelliges Kennwort verwendet, welches ausschließlich der Datenstelle bekannt ist. Der jeweilige Schlüssel ist bezogen auf die jeweils drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahre eines Berichtszeitraums berichtsjahresübergreifend identisch. Er unterscheidet sich jedoch zwischen den einzelnen Berichtszeiträumen, die jeweils drei aufeinanderfolgende Kalenderjahre umfassen.

1.1 Pseudonymisierung der Versichertennummer

Die Pseudonymisierung des unveränderlichen Teils der lebenslangen Versichertennummer (eGK) der Satzarten DS201 und DS202 erfolgt auf der dritten Stufe mit dem von der Datenstelle des Bewertungsausschusses festzulegenden Schlüssel K^{III}_{KVNR}_GS gemäß Abschnitt 2.2 der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 03 (PersonenID) in Satzart DS201
- Datenfeld 10 (PersonenID) in Satzart DS202

1.2 Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer

Die Pseudonymisierung der Betriebsstättennummer (BSNR) erfolgt auf der dritten Stufe mit dem von der Datenstelle des Bewertungsausschusses festzulegenden Schlüssel K^{III}_{BSNR}_GS gemäß Abschnitt 2.2 der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 04 (Betriebsstättenpseudonym) der Satzart DS202
- Datenfeld 02 (Betriebsstättenpseudonym) der Satzart DS211

1.3 Pseudonymisierung der Fall_ID

Die Pseudonymisierung jeder Fall_ID erfolgt mit dem von der Datenstelle des Bewertungsausschusses festzulegenden Schlüssel $K^{III}_{Fall_ID}$_GS gemäß Abschnitt 2.2 der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 03 (Fall_ID) der Satzart DS202
- Datenfeld 03 (Fall_ID) der Satzart DS203
- Datenfeld 03 (Fall_ID) der Satzart DS210

1.4 Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute

Die nachfolgende Tabelle listet die zu pseudonymisierenden Attribute, den Datenlieferanten, den Schlüsselgeber und die Stufe der Verschlüsselung auf.

		Schlüssel 3. Stufe	
Attribut	**Lieferant**	**Erzeugung**	**Schlüssel**
eGK	Datenstelle	Datenstelle	K^{III}_{KVNR}_GS
BSNR	Datenstelle	Datenstelle	K^{III}_{BSNR}_GS
Fall_ID	Datenstelle	Datenstelle	$K^{III}_{Fall_ID}$_GS

1.5 Ersetzung der auf der dritten Stufe pseudonymisierten Attribute

Die zur Anonymisierung auf der dritten Stufe erzeugten distinkten Pseudonyme der pseudonymisierten Versichertennummern der zweiten Stufe bzw. der pseudonymisierten Betriebsstättennummern der zweiten Stufe sowie der pseudonymisierten Fall-ID werden sortiert und jeweils mit 1 beginnend durchnummeriert. Die so erzeugten Ordnungsnummern für die Attribute eGK, BSNR und Fall_ID gemäß Tabelle in Abschnitt 1.4 ersetzen die jeweiligen Pseudonyme der dritten Stufe für die Datenlieferung gemäß Teil A Abschnitt II. dieses Beschlusses.

1.6 Verknüpfbarkeit mit anderen Datenlieferungen

Die in den Abschnitten 1.1 bis 1.5 festgelegte Verarbeitung stellt sicher, dass die Daten der regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) nicht mit den für die Aufgaben und Zwecke des Bewertungsausschusses erhobenen und übermittelten Daten zusammenführbar sind.

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.

2 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Für jede versicherte Person wird je Quartal, in dem diese versichert war, und je Krankenkasse ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Personen mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V („betreute Personen“) sind entsprechend dem Beschluss 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, sowie entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einbezogen. Versichertennummern sind nach dem „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 in Verbindung mit den Vorgaben gemäß den Abschnitten 1.1 und 1.5 pseudonymisiert und anonymisiert. **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	5	alphanum.	konstant „DS201“
01	Versiche-rungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen aus der Satzart 201 der GSP. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld durch einen Buchstaben (A-Z) in der 1. Stelle und eine laufende Zeilennummer in den weiteren acht Stellen (8-stellig mit führenden Nullen) ersetzt, sodass die Primärschlüsseleigenschaft nicht verletzt wird.
03	PersonenID	M	≤ 9	numerisch	Ordnungsnummer eines Versichertennummernpseudonyms, welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.1 und 1.5 erzeugt wurde
04	Anzahl Versicherten-tage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich) x = unbestimmt (ab dem Versicherungs-quartal 20181 zulässig) d = divers (ab dem Versicherungsquartal 20194 zulässig)
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2016 95 Jahre und älter sind, erhalten das Ge-burtsjahr 1921. Versicherte, die im Kalenderjahr 2017 95 Jahre und älter sind, erhalten das Ge-burtsjahr 1922 und so fort.
07	Versicher-tenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
08	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffen-den Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst
09	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Versi-cherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde 2 = Datensatz aus Fehlwertersatz 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffällig-keiten) 0 = keine Kennzeichnung
10	Gesamtver-tragszustän-dige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zu-ständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjah-res. Zu Details, siehe Erläuterungen.
11	Kennzeichen Wohnort	M	1	numerisch	Kennzeichnung zum Wohnsitz des Versi-cherten: 0 = Wohnsitz im Inland (PLZ in der GSP zuordenbar) 1 = Wohnsitz im Ausland (PLZ in der GSP ist ‚AUSLA‘) 2 = unbekannter Wohnsitz (PLZ in der GSP nicht zuordenbar)

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
12	Rechtsnach-folger–IK	m	9	alphanum.	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß Satzart DS220. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert.
13	Gewich-tungsfaktor	K	7,4	dezimal	Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss. Übermittlung ggf. im Rahmen einer Ergänzungsdatenlieferung.
14	Kalendertag des Geburts-tags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat
15	Kennzeichen Betreute	M	1	numerisch	Angabe gemäß Feld 14 der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe (Kostenübernahme für betreute Personen): 0 = nein 1 = ja
16	Kennzeichen Bereini-gungsrele-vanz	M	≤ 5	alphanum.	Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an mindestens einem in Bezug auf den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bereinigungsrelevanten Selektivvertrag gemäß § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. oder § 140a SGB V teilgenommen hat. Das Kennzeichen setzt sich aus folgenden Buchstaben zusammen: k = keine Teilnahme an einem Selektivvertrag a = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 140a SGB V b = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73b SGB V c = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. d = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 63 SGB V u = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen, deren Vertragsart nicht feststellbar ist

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
17	Kennzeichen selektivver-traglicher Abrech-nungsweg	K	1	numerisch	Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivver-tragsteilnehmer mit Abrechnungsweg voll-ständig über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird dieses Feld leer („NULL“) über-mittelt. Die Datensätze zu Versicherten mit einem Wert ungleich „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „2“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Ge-burtstagsstichprobe ein sonstiger Abrech-nungsweg dokumentiert wurde, sonst er-halten diese Datensätze in diesem Feld den Wert „1“. Werden für die GSPR mehrere Datens-ätze der Geburtstagsstichprobe mit unter-schiedlichen Abrechnungswegen zu ei-nem Versicherten, einem Institutionskenn-zeichen und einem Quartal zusammenge-fasst, so wird der erste auftretende Wert entsprechend der Reihenfolge „2“, „1“, „NULL“ übernommen.
18	Kennzeichen Vollständig-keit des Ver-sorgungs-auftrags	M	1	numerisch	Unabhängig von der Angabe in Feld 16 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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Hinweis: Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.

Erläuterungen zur Satzart DS201

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

Die Abkürzung GSP bezieht sich auf die Satzarten der Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

b) Zu Datenfeld 10 (Gesamtvertragszuständige KV)

Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe vorliegt.

Versicherten, welche in der Satzart 201 nicht als Personen mit Wohnsitz im Ausland (PLZ ≠ „AUSLA“) gekennzeichnet sind, wird diejenige KV-Nummer zugeordnet, die als Wohnort-KV bzw. gesamtvertragszuständige KV in der Satzart 201 gemeldet wurde. Personen mit Wohnsitz im Ausland (PLZ = „AUSLA“) wird die Nummer desjenigen KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen in Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe ihren Sitz hat.

Bei der Zuordnung einer KV-Nummer zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

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

3 Satzart DS202 – 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, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses mindestens ein Datensatz aus Satzart DS201 zugeordnet werden konnte. **Primärschlüssel:** Das Feld 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart DS202 (KV-Fall) mit der Satzart DS203 (Diagnosen) und der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen). Für bereichseigene Behandlungsfälle gilt: Die Felder 01, 04 und 05 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart DS211 (Betriebsstättenverzeichnis). **Anmerkung:** Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 06 bis 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS202“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Rechtsnach-folger-IK	m	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert.
03	Fall_ID	M	≤ 10	numerisch	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation. Ordnungsnummer des Pseudonyms einer Fall_ID welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.3 und 1.5 erzeugt wurde
04	Betriebsstät-tenpseudo-nym	M	≤ 8	numerisch	Ordnungsnummer eines Betriebsstättenpseudonyms welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.2 und 1.5 erzeugt wurde. Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird die Ordnungsnummer des Betriebsstättenpseudonyms durch den Zahlenwert „9999xxxx“ ersetzt, dabei bezeichnet „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2. Davon abweichende Kennzeichnung für Fremdfälle: 00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschieden sind
06	LB_Punkte	M	≤ 13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten
07	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
08	Leistungs-tage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen
09	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
10	PersonenID	M	≤ 9	numerisch	Ordnungsnummer des Pseudonyms, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.
11	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum	Gesamtvertragszuständige KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 10 übernommen.
12	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung

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

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisation und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt. Die Diagnosen werden gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall). **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	5	alphanum.	konstant „DS203“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Rechtsnach-folger-IK	K	9	alphanum.	Dieses Feld wird leer übermittelt, d. h. es folgen zwei Spaltentrennzeichen unmittelbar aufeinander.
03	Fall_ID	M	≤ 10	numerisch	aus Feld “Fall_ID“ in KV-Fall
04	Diagnosen-zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die Diagnosen, beginnend mit „1“
05	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe des Diagnose-Kodes
06	Diagnosesi-cherheit	m	1	alphanum.	A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose Bis zum Abrechnungsquartal 4/2019: Im Falle der Übermittlung des Ersatzwertes UUU für die Diagnose in Feld 05 wird in Feld 06 kein Eintrag übermittelt. 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 05 handelt, ist in Feld 06 kein Eintrag zu übermitteln.
07	Seitenlokali-sation	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts

5 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS210“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Rechtsnach-folger-IK	K	9	alphanum.	Dieses Feld wird leer übermittelt, d. h. es folgen zwei Spaltentrennzeichen unmittel-bar aufeinander.
03	Fall_ID	M	≤ 10	numerisch	aus Feld “Fall_ID“ in KV-Fall
04	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles, beginnend mit „1“
05	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
06	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenord-nungsposition in dem Behandlungsfall ab-gerechnet.
07	Leistungsbe-darf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerech-neten GOP nach EBM unter Berücksichti-gung der Anzahl aus Feld 06 an.
08	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 07: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
09	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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06
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 Nr. 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 Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen (hier: SARS-CoV-2) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. Folgebeschlüssen (mit Ausnahme von GOPen, die außerhalb des NVA innerhalb der EGV vergütet werden, z. B. 02402, 12221, 32811, 32816 oder 40101)

6 Satzart DS211 – 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 zu solchen Betriebsstätten des jeweiligen KV-Bezirks ein Datensatz geliefert, für die Versichertenangaben aus Satzart DS201 erfolgreich Fallangaben aus Satzart DS202 zugeordnet werden konnten. **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	5	alphanum.	konstant „DS211“
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Betriebsstät-tenpseudo-nym	M	≤ 8	alphanum.	Ordnungsnummer eines Betriebsstätten-pseudonyms, welches nach den Vorga-ben aus den Abschnitten 1.2 und 1.5 er-zeugt wurde
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Abrech-nungs-gruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeitsschwerpunkt gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend
06	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 90 = Sonstige

7 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS213“
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: +, *, !

8 Satzart DS215 – 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	5	alphanum.	konstant „DS215“
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

9 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:
Abgrenzung: In der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse. Diese wird identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK. **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	5	alphanum.	konstant „DS219“
01	KVK-IK	M	9	alphanum.	Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen
02	Kassen-sitz-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)
03	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung

10 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart DS219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart DS220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. **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	5	alphanum.	konstant „DS220“
01	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK gemäß Satzart DS219
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 Fusio-nen ergibt sich aus der Fusionsstufe mi-nus 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	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses Kas-sensitz-IK mind. ein Kennzeichen ge-setzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffällig-keiten) 0 = keine Kennzeichnung

11 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

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.

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 gemäß ISO 8859-15 festgelegt.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Die Datenstelle des Bewertungsausschusses erstellt für die zu übermittelnden Dateien jeweils einzelne mittels des 256-bit AES-Algorithmus verschlüsselte ZIP-Archive. Als einheitliches Kennwort der ZIP-Archive erzeugt die Datenstelle eine echte alphanumerische Zeichenkette der Länge 24 und übermittelt dieses den Empfängern getrennt für die jeweilige Lieferung.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

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

Satzart_Quartal_KV_Lieferdatum.Endung

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

Satzart_Quartal_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Lieferdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart fünfstellig alphanumerisch
(DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS215),
KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),
Quartal fünfstellig numerisch
(20171, 20172, …),
Lieferdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT) und
Endung entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

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

DS213_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung

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

DS219_00000_00_Lieferdatum.Endung
bzw.
DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Lieferdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT) und
Endung entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

Anlage

zu Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

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

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2023

(Stand: 29. März 2023)

Inhalt

1 Satzart ARZTRG87aKA_SUM ... 35
2 Satzart ARZTRG87aKA_IK ... 38
3 Satzart ARZTRG87aREG ... 42
4 Satzart ARZTRG87aNVI_SUM ... 43
5 Satzart ARZTRG87aNVI_IK ... 45
6 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ... 47

1 Satzart ARZTRG87aKA_SUM

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV, Gebührenordnungsposition, Kennzeichen Wert, MGV-EGV-Kennzeichen, NVA-Kennzeichen, Leistungssegmentkennzeichen, KV am Ort der Arztpraxis und TSVG-Kennzeichen wird höchstens ein Datensatz geliefert. Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der ärztlichen 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. Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossener Kassen werden nicht berücksichtigt. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 05 bis 08, 12 und 13 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „ARZTRG87aKA_SUM“
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
04	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
05	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) 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)

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Das Kennzeichen bildet die Regelungen in den KVen am Ort der Arztpraxen ab.
07	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
08	Leistungsseg-mentkennzei-chen	M	≤ 10	alphanum.	Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4
09	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
10	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
11	LB_EURO_GO	M	13,2	dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regiona-ler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwen-dung honorarwirksamer Be-grenzungsregelungen in Euro
12	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arzt-praxis gemäß Schlüsselver-zeichnis 2
13	TSVG-Kennzei-chen	M	1	numerisch	Kennzeichnung einer Gebüh-renordnungsposition im Falle der Abrechnung innerhalb ei-ner TSVG-Konstellation 0 = keine TSVG-Konstellation

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					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_SUM

a) Zu Datenfeld 02 (Gesamtvertragszuständige KV)

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

b) Zu Datenfeld 06 (MGV_EGV_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 09 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 10 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 11 (LB_EURO_GO)

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

2 Satzart ARZTRG87aKA_IK

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV, 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 ärztlichen 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 19 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ARZTRG87aKA_IK“
01	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse im Abrechnungsquartal
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 1
04	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
05	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung 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	Datenempfänger	M	9	alphanum.	IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung
18	Datenempfänger-Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes
19	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_IK

a) Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV)

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

b) Zu Datenfeld 10 (MGV_EGV_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 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 Satzart ARZTRG87aNVI_SUM

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV, GOP und KV am Ort der Arztpraxis und Datenliefer-KV wird höchstens ein Datensatz geliefert. Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossener Kassen werden nicht berücksichtigt. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 06 und 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	16	alphanum.	konstant „ARZTRG87aNVI_SUM“
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
04	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Häufigkeit der GOP
05	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.
06	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Datenliefer-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüssel-verzeichnis 2, welche die Da-ten in der Satzart ARZTRG-87aNVI geliefert hat, abgeleitet aus dem originären Dateina-men

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI_SUM

Zu Datenfeld 02 (Gesamtvertragszuständige KV):

Die Zuordnung der gesamtvertragszuständigen KV erfolgt nach dem Wohnortprinzip. Wohn-ausländer werden dem für den Gesamtvertrag zuständigen KV-Bezirk am Kassensitz zuge-ordnet.

5 Satzart ARZTRG87aNVI_IK

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, gesamtvertragszuständiger KV, GOP, KV am Ort der Arztpraxis und Datenliefer-KV wird höchstens ein Datensatz geliefert. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 bis 06 mit 11 und 12 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „ARZTRG87aNVI_IK“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse im Abrechnungsquartal
03	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
04	Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 1
05	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
07	Anzahl	M	≤ 12	numerisch	Häufigkeit der GOP
08	LB_EURO_GO aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme	M	13,2	dezimal	Summe des auf die Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallenden Leistungsbedarfs je GOP laut regionaler Euro-Gebührenordnung, wie von der KV im Rahmen des gesonderten NVI-Leistungsnachweises übermittelt, in Euro. Das Feld bildet die Regelungen in der gesamtvertragszuständigen KV ab.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
09	Datenempfänger	M	9	alphanum.	IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung
10	Datenempfänger-Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes
11	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
12	Datenliefer-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, welche die Daten in der Satzart ARZTRG-87aNVI geliefert hat, abgeleitet aus dem originären Dateinamen

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI_IK

Zu Datenfeld 05 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

6 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

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.

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.

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

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

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

Satzart_KV_Quartal_Lieferdatum_Abstimmungsstand.Endung

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

Satzart_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Lieferdatum_Abstimmungsstand.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK),
KV (gesamtvertragszuständige KV, im Falle von ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK die Datenliefer-KV) zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),
Datenempfänger neunstellig alphanumerisch
(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 000000000),

Quartal fünfstellig numerisch
(20231, 20232, …),
Lieferdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Abstimmungsstand (zwischen den Gesamtvertragspartnern) einstellig numerisch,
(Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK: 0 = zwischen den Gesamtvertragspartnern nicht abgestimmte Daten, 1 = zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmte Daten; Satzarten ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK: konstant 0)
Endung csv.

Anlage

zu Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Satzart KASSRG87aMGV_SUM 50

2 Satzart KASSRG87aMGV_IK 58

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses 64

1 Satzart KASSRG87aMGV_SUM

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV wird ein Datensatz geliefert. **Primärschlüssel:** Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	16	alphanum.	konstant „KASSRG87aMGV_SUM“
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	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des kassenseitig übermittelten Kennzeichens zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 04 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterungen). Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
04	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 05 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt. (siehe Erläuterungen) Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert:

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
05	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Krankenkas-sen	M	13,1	dezimal	Insgesamt für das Abrech-nungsquartal vereinbarter, be-reinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V aus Datenliefe-rungen der Krankenkassen, bewertet in Punkten
06	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Kassenärztli-chen Vereini-gungen	M	13,1	dezimal	Insgesamt für das Abrech-nungsquartal vereinbarter, be-reinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V aus Datenliefe-rungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, bewertet in Punkten
07	Kennzeichen ba-siswirksam ver-einbarter, bereinigter Be-handlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Krankenkas-sen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des kassen-seitig übermittelten Kennzei-chens zum basiswirksam ver-einbarten, bereinigten Behand-lungsbedarf im Abrechnungs-quartal. Jedes Element des Vektors re-präsentiert eine definierte Aus-prägung des in Feld 08 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche an-gibt, ob die jeweilige Kennzei-chenausprägung auf mindes-tens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie feh-lende Werte bei zugleich feh-lenden Ersatzwerten behan-delt (siehe Erläuterungen).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
08	Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zum basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 09 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte bei zugleich fehlenden Ersatzwerten behandelt (siehe Erläuterung). Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
09	Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	13,1	dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 05 aus Datenlieferungen der Krankenkassen, bewertet in Punkten
10	Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	13,1	dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 06 aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, bewertet in Punkten
11	Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des kassenseitig übermittelten Kennzeichens zur Versichertenzahl im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 12 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
12	Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungs-quartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	3	alphanum.	Vektordarstellung des KV-seitig übermittelten Kennzeichens zur Versichertenzahl im Abrechnungsquartal. Jedes Element des Vektors repräsentiert eine definierte Ausprägung des in Feld 13 der Satzart KASSRG87aMGV_IK übermittelten Kennzeichens und gibt dieses als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob die jeweilige Kennzeichenausprägung auf mindestens einen für die Kombination aus Abrechnungsquartal und gesamtvertragszuständiger KV gelieferten Datensatz zutrifft. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87a-MGV_IK werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen: 0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 3 des Feldes, sind in folgender Reihenfolge definiert: 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
13	Versichertenzahl im Abrechnungs-quartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	≤ 8	numerisch	Für die Ermittlung der MGV im jeweiligen KV-Bezirk und Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Personen aus Datenlieferungen der Krankenkassen
14	Versichertenzahl im Abrechnungs-quartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	≤ 8	numerisch	Für die Ermittlung der MGV im jeweiligen KV-Bezirk und Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Personen aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV_SUM

a) Zu Datenfeld 02 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

b) Zu Datenfeldern 03, 04, 07, 08, 11 und 12 (Kennzeichen):

Ein Datensatz wird als fehlend definiert, wenn

- gemäß Datensatzbeschreibung zu den Satzarten KASSRG87aMGV bzw. KASSRG-87aMGV_IK für die jeweilige Kombination aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV in den Feldern 21, 23 und 24 der Satzart ANZVER87a bzw. ANZVER87a_IK (unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen) in der Summe ein von 0 abweichender Wert übermittelt wurde oder

- die Lieferlücke dadurch verursacht wurde, dass von den KV- und kassenseitigen Datenlieferanten in der Satzart KASSRG87aMGV unterschiedliche Abrechnungs-IK zu derselben Krankenkasse übermittelt wurden.

2 Satzart KASSRG87aMGV_IK

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV wird mit Ausnahme der Sätze 2 und 3 genau ein Datensatz geliefert. Für diejenigen Kombinaionen 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. Diese Kombinationen aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV entfallen ebenso in der Satzart KASSRG87aMGV_IK. **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	15	alphanum.	konstant „KASSRG87aMGV_IK“
01	Abrechnungs-quartal	M	5	numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a
03	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 06 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Kennzeichen vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Kassenärztli-chen Vereinigun-gen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vor-läufigen bzw. fehlenden Wer-ten in Feld 07 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Da-tenlieferungen der Kassenärzt-lichen Vereinigungen. Kom-plett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vek-tordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläu-terung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
06	Vereinbarter, bereinigter Be-handlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Krankenkas-sen	m	13,1	dezimal	Für den Fall, dass in Feld 04 der Wert „1“ oder „2“ über-mit-telt wird: Insgesamt für das Abrech-nungsquartal vereinbarter, be-reinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V aus Datenliefe-rungen der Krankenkassen, bewertet in Punkten
07	Vereinbarter, bereinigter Be-handlungsbedarf im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Kassenärztli-chen Vereinigun-gen	m	13,1	dezimal	Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „1“ oder „2“ über-mit-telt wird: Insgesamt für das Abrech-nungsquartal vereinbarter, be-reinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V aus Datenliefe-rungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, bewertet in Punkten

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 10 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
09	Kennzeichen basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 11 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
10	Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Krankenkassen	m	13,1	dezimal	Für den Fall, dass in Feld 08 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 06 aus Datenlieferungen der Krankenkassen, bewertet in Punkten

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
11	Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal (Davon-Ausweis) aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	m	13,1	dezimal	Für den Fall, dass in Feld 09 der Wert „1“ oder „2“ übermittelt wird: Insgesamt für das Abrechnungsquartal basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als Davon-Ausweis zu Feld 07 aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, bewertet in Punkten
12	Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 14 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Krankenkassen. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert
13	Kennzeichen Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	1	numerisch	Angabe zu endgültigen, vorläufigen bzw. fehlenden Werten in Feld 15 zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Komplett fehlende Datensätze in der Satzart KASSRG87aMGV werden im Rahmen der Vektordarstellung wie fehlende Werte behandelt (siehe Erläuterung). 1 = endgültiger Wert 2 = vorläufiger Wert 3 = fehlender Wert

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
14	Versichertenzahl im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Krankenkas-sen	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 12 der Wert „1“ oder „2“ übermit-telt wird: Für die Ermittlung der MGV im jeweiligen KV-Bezirk und Ab-rechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Personen aus Da-tenlieferungen der Kranken-kassen
15	Versichertenzahl im Abrechnungs-quartal aus Da-tenlieferungen der Kassenärztli-chen Vereinigun-gen	m	≤ 8	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 13 der Wert „1“ oder „2“ übermit-telt wird: Für die Ermittlung der MGV im jeweiligen KV-Bezirk und Ab-rechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Personen aus Da-tenlieferungen der Kassenärzt-lichen Vereinigungen
16	Datenempfänger	M	9	alphanum.	IK des kassenseitigen Daten-empfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Da-tenweiterleitung
17	Datenempfän-ger-Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV_IK

a) Zu Datenfeld 03 (Gesamtvertragszuständige KV):

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

b) Zu Datenfeldern 04, 05, 08, 09, 12 und 13 (Kennzeichen):

Ein Datensatz wird als fehlend definiert, wenn

- gemäß Datensatzbeschreibung zur Satzart KASSRG87aMGV für die jeweilige Kombination aus Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und gesamtvertragszuständiger KV in den Feldern 21, 23 und 24 der Satzart ANZVER87a bzw. ANZVER87a_IK (unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen) in der Summe ein von 0 abweichender Wert übermittelt wurde oder

- die Lieferlücke dadurch verursacht wurde, dass von den KV- und kassenseitigen Datenlieferanten in der Satzart KASSRG87aMGV unterschiedliche Abrechnungs-IK zu derselben Krankenkasse übermittelt wurden.

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

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.

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.

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

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

Satzart_KV_Quartal_Lieferdatum_Abstimmungsstand.Endung

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

Satzart_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Lieferdatum_Abstimmungsstand.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart alphanumerisch
(KASSRG87aMGV_SUM, KASSRG87aMGV_IK),
KV (gesamtvertragszuständige KV) zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),
Datenempfänger neunstellig alphanumerisch
(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 000000000),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Lieferdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),

Abstimmungsstand (zwischen den Gesamtvertragspartnern) einstellig numerisch,
(0 = zwischen den Gesamtvertragspartnern nicht abgestimmte Daten, 1 = zwischen den Gesamtvertragspartnern abgestimmte Daten)
Endung csv.

Anlage

zu Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung ab dem Berichtsquartal 1/2019

(Stand: 1. September 2020)

Inhalt

1 Satzart ANZVER87a_SUM 67
2 Satzart ANZVER87a_IK 70
3 Festlegungen zur Datenübermittlung 81

1 Satzart ANZVER87a_SUM

Dateiinhalt:
Abgrenzung: Pro Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern. **Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „ANZVER87a_SUM“
01	Erstellungsda-tum	M	8	numerisch	Erstellungsdatum der einzel-nen Erst-/Korrekturdatenliefe-rungen im Format JJJJMMTT
02	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
03	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Ver-einigung gemäß Schlüsselver-zeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person
04	Durchschnittli-che quartalsbe-zogene Anzahl Versicherte	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbe-zogene Anzahl der Versicher-ten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk
05	Durchschnittli-che quartalsbe-zogene Anzahl Versicherte mit Wahl der Kos-tenerstattung (Davon-Aus-weis)	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbe-zogene Anzahl der Versicher-ten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstat-tung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung ge-wählt haben, als Davon-Aus-weis zu Feld 04
06	Durchschnittli-che quartalsbe-zogene Anzahl Wohnausländer	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbe-zogene Anzahl der Versicher-ten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in de-ren bei der Krankenkasse ge-speicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse)
07	Durchschnittli-che quartalsbe-zogene Anzahl betreuter Perso-nen	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbe-zogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen mit Angabe der besonderen Personengruppe „9“ auf der eGK (Davon-Ausweis)	M	≤ 8	numerisch	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 07

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a_SUM

Zu Feldern 04 bis 08 (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 quartalsdurchschnittlichen Zahl der Versicherten erfolgt im quartalsweisen Lieferturnus separat für

a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Feld 04),

b) Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Feld 05),

c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Feld 06),

d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Feld 07) 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 (Feld 08).

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).

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.

Missingwerte werden bei der Summierung nicht berücksichtigt.

2 Satzart ANZVER87a_IK

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

Feld Nr.	Feld	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.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Für fehlende Werte ist das 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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					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).
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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
27	Verarbeitungs-kennzeichen 1	K	9	alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu das IK des logischen Empfängers auf Kassenseite. Dieses Feld ist nur im Rahmen der Datenübermittlung durch den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln.
28	Verarbeitungs-kennzeichen 2	K	2	alphanum.	Verarbeitungskennzeichen ausschließlich für interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung. Das Feld enthält hierzu die Kassenart des logischen Empfängers auf Kassenseite. Dieses Feld ist nur im Rahmen der Datenübermittlung durch den GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln.

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a_IK

Zu Feldern 06 bis 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 Festlegungen zur Datenübermittlung

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.

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.

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

Folgende Dateinamenskonventionen sind einzuhalten:

ANZVER87a_IK_KV_Kassenart_Datenempfänger_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

ANZVER87a_SUM_KV_Quartal_Erstellungsdatum.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

KV zweistellig alphanumerisch
(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Kassenart (Zugehörigkeit am Ende des Berichtsquartals entsprechend Feld 26 der Satzart ANZVER87a_IK) alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),
Datenempfänger neunstellig alphanumerisch
(für Ersatzkassen in Datenbereitstellungen an die kassenseitigen Gesamtvertragspartner: IK im Format CCCCCCCCC; sonst: konstant 000000000),
Quartal fünfstellig numerisch
(20191, 20192, …),
Erstellungsdatum achtstellig numerisch
(JJJJMMTT),
Endung csv.