

## **B E S C H L U S S**

### **des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

### **zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses 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**

### **in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

### **mit Wirkung zum 1. April 2012**

---

#### **Präambel**

Der Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden das Nähere zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V i. d. F. des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) erforderlichen Datenlieferungen durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses 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 sind Gegenstand separater Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses, auf welche nachfolgend verwiesen wird. Für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V i. d. F. des GKV-VStG 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.

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.

Die Schlüsselverzeichnisse zu Datenübermittlungen nach Teil A, B und C sind in Anlage 4 aufgeführt.

**Anlagen:**

- Anlage 1 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip aufbereiteten Geburtstagsstichprobe von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2009 bis 2011 (Satzarten DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220)
- Anlage 2 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip aufbereiteten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und die Gesamtvertragspartner mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 (Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM, ARZTRG87aKA\_IK, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI\_SUM, ARZTRG87aNVI\_IK)
- Anlage 3 Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip aufbereiteten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und die Gesamtvertragspartner mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 (Satzarten KASSRG87aMGV\_SUM, KASSRG87aMGV\_IK)
- Anlage 4 Schlüsselverzeichnisse zu Datenübermittlungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V für die Abrechnungsdaten mit Wirkung ab dem Jahr 2009

## **Teil A**

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

---

#### **Präambel**

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

#### **I. Grundlage der Datenübermittlungen**

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die Beschlüsse zur Erhebung der bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2008 (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. 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 2008 bis 2010 im Lieferjahr 2012. Diese Daten werden in der Datenstelle des Bewertungsausschusses entsprechend der Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses und unter Mitwirkung des Instituts des Bewertungsausschusses zusammengeführt, qualitätsgesichert und freigegeben und anschließend von der Datenstelle in dem für die Übermittlung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses einerseits und an die regionalen Gesamtvertragspartner andererseits vorgesehenen reduzierten Umfang aufbereitet und geprüft. Die Freigabe für die Übermittlung erfolgt unter Berücksichtigung von möglichen Korrekturen und Ergänzungen bis spätestens 14 Tage vor dem in Nr. II definierten Liefertermin entweder durch die Arbeitsgruppe IT oder in der dafür terminlich vor dem Liefertermin in Nr. II erreichbaren Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses.

## II. Übermittlung der Daten

Abweichend von Teil A, Abschnitt II, Satz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 zur Bereitstellung der Daten der Geburtstagsstichprobe an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V werden bis zum 31. Mai 2012 anstelle der Daten des Berichtsjahres 2010 die Daten der Berichtsjahre 2008 bis 2010 zusammenhängend entsprechend der Datensatzbeschreibung einschließlich Festlegungen zur Datenübermittlung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt.

Ab dem Jahr 2013 übermittelt die Datenstelle des Bewertungsausschusses die nach Nr. I freigegebenen Daten für die einzelnen jeweils drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeiträume jährlich jeweils bis zum 30. April nach dem in der Anlage 1 beschriebenen Verfahren und auf Basis der in der Anlage 1 definierten Datensatzbeschreibung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsjahren 2009 bis 2011 bis zum 30. April 2013. 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.

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

In den Daten, die vom GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt werden, ist der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfänger-kassenart angehörigen Krankenkassen in den Satzarten DS201, DS202, DS203 und DS210 durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses zu entfernen und ggfs. leer oder durch einen Ersatzwert zu übermitteln. Die Feststellung der Empfängerkassenart erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart DS220.

Künftige notwendige Änderungen der Anlage 1 werden im Einvernehmen zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppe Datenkonzepte des Bewertungsausschusses abgestimmt und werden durch den Bewertungsausschuss beschlossen.

## III. Anonymisierung der Daten

Die Kennungen der Versicherten- bzw. der Betriebsstättennummern gemäß der in der Anlage 1 aufgeführten Datensatzformate sind vor der Übermittlung der Daten durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses mittels RIPEMD-160 gemäß dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ zu anonymisieren. Hierzu wird ein mindestens 12-stelliges Kennwort verwendet, welches ausschließlich der Datenstelle bekannt ist und je drei zusammenhängende Kalenderjahre umfassenden Berichtszeitraum unterschiedlich ist.

## **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 Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

#### **I. Grundlage der Datenübermittlungen**

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zur Fortführung von Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie die gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 jährlich an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der arztseitigen Rechnungslegung in der Satzart ARZTRG87aKA, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011.

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind des Weiteren die gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012 jährlich an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG, beginnend mit dem Abrechnungsjahr 2012, sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2012 bis 4/2012.

Die Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI werden vom Institut des Bewertungsausschusses in dem für die Übermittlung an die

Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die regionalen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang aufbereitet und geprüft sowie gemäß der Anlage 2 dieses Beschlusses den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellt.

## II. Übermittlung der Daten

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

- Daten der arztseitigen Rechnungslegung jährlich für die vier Abrechnungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Abrechnungszeitraum) bis zum 10. Juli des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres in den Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM und ARZTRG87aKA\_IK, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011 bis zum 10. Juli 2012,
- Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung jährlich für das jeweils laufende Abrechnungsjahr (Abrechnungszeitraum) bis zum 10. Juli des Abrechnungszeitraums in der Satzart ARZTRG87aREG, beginnend mit dem Abrechnungsjahr 2012 bis zum 10. Juli 2012,
- Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme jährlich für die vier Abrechnungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Abrechnungszeitraum) bis zum 10. Juli des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres in den Satzarten ARZTRG87aNVI\_SUM und ARZTRG87aNVI\_IK, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2012 bis 4/2012 bis zum 10. Juli 2013

auf Basis der in der Anlage 2 definierten Datensatzbeschreibung an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten innerhalb von 10 Tagen an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie 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 wohnortbezogenen Daten des jeweiligen KV-Bereichs übermittelt werden.

Diejenigen Daten, die vom Institut des Bewertungsausschusses über den GKV-Spitzenverband an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die regionalen Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden, enthalten kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerarten angehörige Krankenkassen. Die Feststellung der Empfängerarten erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe zum Stichtag 1. Juli des Lieferjahres.

Künftige notwendige Änderungen der Anlage 2 werden im Einvernehmen zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppe Datenkonzepte des Bewertungsausschusses abgestimmt und werden durch den Bewertungsausschuss beschlossen.

## 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 Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

#### **I. Grundlage der Datenübermittlungen**

Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 jährlich an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011.

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

#### **II. Übermittlung der Daten**

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

Das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt die regional nach Wohnortprinzip abgegrenzten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung jährlich für die vier Abrechnungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres in den Satzarten KASSRG87aMGV\_SUM und KASSRG87aMGV\_IK auf Basis der in der Anlage 3 definierten Datensatzbeschreibung bis zum 1. August des auf den Abrechnungszeitraum

folgenden Kalenderjahres an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011 bis zum 1. August 2012. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten innerhalb von 10 Tagen an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie 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 wohnortbezogenen Daten des jeweiligen KV-Bereichs übermittelt werden.

Diejenigen Daten, die vom Institut des Bewertungsausschusses über den GKV-Spitzenverband an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie 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 zum Stichtag 1. Juli des Lieferjahres.

Künftige notwendige Änderungen der Anlage 3 werden im Einvernehmen zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppe Datenkonzepte des Bewertungsausschusses abgestimmt und werden durch den Bewertungsausschuss beschlossen.

# Anlage 1

## des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung ab dem Berichtszeitraum 2009 bis 2011  
(Stand: 30.03.2012)

#### Gliederungsverzeichnis

1	Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten .....	10
2	Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall) .....	13
3	Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen) .....	15
4	Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung .....	16
5	Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis .....	17
6	Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei .....	19
7	Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei .....	20
8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) .....	22
9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie .....	23
	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen .....	25

## 1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

<b>Dateiinhalte:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Für jeden Versicherten (pseudonymisiert als PersonenID) wird je Quartal, in dem er versichert war, und je Krankenkasse ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V („betreute Versicherte“) sind ab 2010 einbezogen.</p> <p>Versichertennummern sind nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert und werden durch die Datenstelle vor der Übermittlung mittels RIPEMD-160 (mind. 12-stelliges Kennwort) nochmals anonymisiert.</p> <p><b>Zuordnung nach KV-Bereichen:</b> Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten wird die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes verwendet. Sollten die Angaben im letzten Quartal mehrdeutig sein, wird die Person der KV mit den meisten Versichertentagen zugewiesen, bei noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuweisung behelfsweise über die aufsteigende Rangfolge des Versichertennummernpseudonyms und ggf. des Institutionskennzeichens.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Felder 01, 02 und 03 identifizieren einen Datensatz eindeutig (Primärschlüsseleigenschaft).</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS201“
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen
03	PersonenID	M	40	alphanum	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der PersonenID. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.
04	Anzahl Versichertentage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich)
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2011 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1916. Versicherte, die im Kalenderjahr 2012 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1917 und so fort.
07	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst
09	Kennzeichen Selektivvertrags-teilnehmer	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c oder §140a SGB V teilgenommen hat, dessen Versorgungsauftrag (vollständig oder teilweise) durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen erbracht wurde und der nicht ausschließlich Add-On-Leistungen umfasst: 1 = ja 0 = nein
10	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	Für den Fall, dass in Feld 09 der Wert „1“ übermittelt wird, ist anzugeben, ob die selektivvertragliche Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung oder im Wege der Direktabrechnung außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. 1 = Abrechnung über die KV 2 = Abrechnung außerhalb der KV 3 = Abrechnungsweg nicht feststellbar Anmerkung: Das Kennzeichen „1“ wurde gesetzt, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig über die KV erfolgt und somit vollständiger Bestandteil der Satzarten DS202, DS203 und DS210 ist. Das Kennzeichen „2“ wurde gesetzt, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig oder teilweise außerhalb der KV im Wege der Direktabrechnung erfolgt und somit nicht vollständiger Bestandteil der Satzarten DS202, DS203 und DS210 ist.
11	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Versicherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde 2 = Datensatz aus Fehlwertersatz 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
12	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten ist die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes anzugeben: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
13	Kennzeichen Wohnausländer	M	1	numerisch	Angabe ob der Versicherte seinen Wohnsitz im Ausland hat: 1 = ja 0 = nein
14	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe.
15	Gewichtungsfaktor	K	7,4	dezimal	Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss.

### Erläuterungen zur Satzart DS201

Zu Datenfeld 12 (Wohnort-KV):

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Datenstelle des Bewertungsausschusses bei der Zuordnung der Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten zur Wohnort-KV.

## 2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS202"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	RechtsnachfolgerIK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.
03	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
04	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR). Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird das Betriebsstättenpseudonym durch den Wert „F...FFxxx“ (36 mal F) ersetzt, dabei bezeichnet „xxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschieden sind 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
06	LB_Punkte	M	≤ 13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten
07	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
08	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen
09	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
10	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.
11	Wohnort-KV	M	2	alphanum	Wohnort-KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 12 übernommen.
12	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung

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

<b>Dateiinhalt:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Für jede verschiedene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisation und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS203"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ
02	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.
03	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Fall_ID" in KV-Fall
04	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die distinkten Diagnosen, beginnend mit „1“
05	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe des Diagnose-Codes
06	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
07	Seitenlokalisation	m	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts

## 4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

<b>Dateiinhalt:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 und 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS210"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ
02	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.
03	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Fall_ID" in KV-Fall
04	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit „1“
05	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
06	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet.
07	Leistungsbedarf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach EBM unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06 an.
08	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 07: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
09	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall
10	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06

## 5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

<b>Dateiinhalt:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird zu solchen Betriebsstätten des jeweiligen KV-Bereichs ein Datensatz geliefert, für die Versichertenangaben aus Satzart DS201 erfolgreich Fallangaben aus Satzart DS202 zugeordnet werden konnten.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01, 02, und 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant "DS211"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR).
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeits-schwerpunkt gemäß Schlüsselverzeichnis 6
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend 9 = Ermächtigt
06	Praxistyp_VS	M	2	numerisch	Kennzeichen des Praxistyps: 10 = Einzelpraxis 11 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach-/schwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fachübergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwerpunktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ 50 = Krankenhaus 90 = Sonstige

## 6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant "DS213"
01	Gültigkeits-zeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes
02	ICD-10-Code	M	≥ 3, ≤ 7	alphanum.	Gültiger ICD-10-Code gem. SGB V
03	Text	M	≤ 200	alphanum.	Klartext des ICD-10-Codes
04	Notationskenn-zeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !

## 7 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

<b>Dateiinhalte:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition, die in einem Quartal des jeweiligen KV-Bereichs gültig ist, wird ein Datensatz geliefert.</p> <p><b>Primärschlüssel:</b> Die Kombination der Felder 01, 02, 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 05, 06, 08, 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS215"
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung: 1 = BMÄ 2 = E-GO
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
05	GOP-Wert ambulanz	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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
08	LB_EURO_GO ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebühren- ordnung in Cent
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebühren- ordnung in Cent

## 8 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

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

Lfd. Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	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	Hauptkassen-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Hauptkassen-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)
04	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung

## 9 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

<b>Dateiinhalt:</b>
<p><b>Abgrenzung:</b> Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart DS219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart DS220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. Der Primärschlüssel wird aus den Feldern 01 und 08 gebildet.</p> <p><b>Anmerkung:</b> Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Der <b>Dateiname</b> ist DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung, es erfolgt keine Stückelung.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS220“
01	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK gemäß Satzart DS219
02	Kostenträger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 01
03	Gültig ab	M	8	numerisch	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagesgenau (Format JJJJMMTT)
04	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJJMMTT), „99991231“ falls aktuell gültig
05	Rechtsnachfolger-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des Rechtsnachfolgers ggfs. das Kassensitz-IK aus Feld 01
06	Rechtsnachfolger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 05
07	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	≤ 3	alphanum.	AOK = Ortskrankenkassen BKK = Betriebskrankenkassen IKK = Innungskrankenkassen LKK = Landwirtschaftliche Krankenkassen KBS = Knappschaft / Seekasse EK = Ersatzkassen
08	Fusionsstufe	M	≤ 2	numerisch	1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 05-07 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt. 2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger. 3: Die Kasse ist fusioniert, der direkte Rechtsnachfolger auch. Es gibt eine Fusionskette mit zwei Rechtsnachfolgern. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger. 4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
09	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses Kassensitz-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung
10	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes, nur angegeben für den Datensatz zu einem Kassensitz-IK mit der jeweils höchsten Fusionsstufe: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

## 10 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

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

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses stellen der Datenstelle des Bewertungsausschusses je Datenlieferung jeweils eine oder mehrere ausreichend dimensionierte externe Festplatten zur Verfügung, auf der die einzelnen Dateien jeweils in einem unkomprimierten, mittels des 256-bit AES-Algorithmus verschlüsselten ZIP-Archiv abgelegt und per Kurier zurück übergeben werden. Die Datenstelle erzeugt als Kennwort des ZIP-Archivs eine echte alphanumerische Zeichenkette der Länge 24 und teilt diese den Empfängern separat nach jeder Lieferung mit. Die Trägerorganisationen können unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben die Nutzung hiervon abweichender Übertragungswege vereinbaren.

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 vorgesehenen Umfang:

*Satzart\_Quartal\_KV\_Lieferdatum.Endung*

Für Datenübermittlungen durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an den GKV-Spitzenverband in dem für die Weiterleitung an die kassenseitigen Gesamtvertragspartner vorgesehenen Umfang:

*Satzart\_Quartal\_KV\_Rechtsnachfolger-Kassenart\_Rechtsnachfolger-IK\_Lieferdatum.Endung*

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

*Satzart* fünfstellig alphanumerisch  
(DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220),  
*KV* zweistellig alphanumerisch  
(01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)  
*Rechtsnachfolger-Kassenart* alphanumerisch  
(AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),  
*Rechtsnachfolger-IK* neunstellig alphanumerisch  
(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 000000000),  
*Quartal* fünfstellig numerisch  
(20091, 20092, ...),  
*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 Dateinamenskventionen lauten

DS219\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung  
bzw.  
DS220\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung

## **Anlage 2**

### **des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnort-  
prinzip aufbereiteten Daten der arztseitigen Rechnungslegung, zur  
regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung  
sowie zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme vom Institut  
des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisationen des  
Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzlichen Kran-  
ken- und Pflegekassen auf Bundesebene und die Gesamtvertrags-  
partner**

**mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011  
(Stand: 30.03.2012)**

#### **Gliederungsverzeichnis**

1	Satzart ARZTRG87aKA_SUM.....	28
2	Satzart ARZTRG87aKA_IK.....	31
3	Satzart ARZTRG87aREG.....	35
4	Satzart ARZTRG87aNVI_SUM.....	36
5	Satzart ARZTRG87aNVI_IK.....	37
6	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen.....	39

## 1 Satzart ARZTRG87aKA\_SUM

Dateiinhalt:	
<p>Pro WOP-Kennzeichen, Abrechnungsquartal, gesamtvertragszuständiger KV, abgerechneter Gebührenordnungsposition, KzWert, MGV-EGV-Kennzeichen, NVA-Kennzeichen und Leistungssegmentkennzeichen wird ein Datensatz geliefert.</p> <p>Die Übermittlung der Daten erfolgt einschließlich der über den Fremdkassenzahlungsausgleich vergüteten Leistungen.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aKA_SUM“
01	WOP-Kennzeichen	M	2	Alphanum.	WOP-Kennzeichen gemäß PLZ; Wohnausländer werden dem KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet
02	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
03	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
05	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
06	KzWert	M	1	Numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) gemäß Schlüsselverzeichnis 3
07	MGV_EGV_KZ	M	1	Numerisch	Ab Abrechnungsquartal 20121: Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV oder der EGV zuzuordnen ist 1 = MGV 2 = EGV Bis Abrechnungsquartal 20114 wird das Feld leer übermittelt.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	NVA_KZ	K	1	Numerisch	Ab Abrechnungsquartal 20121: Angabe, ob die Gebührenordnungsposition als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen gekennzeichnet ist. Für den Fall der NVA-Kennzeichnung ist der Wert „1“ zu übermitteln. Andernfalls ist das Feld leer zu übermitteln (Default = Null). Bis Abrechnungsquartal 20114 wird das Feld leer übermittelt.
09	Leistungs-segment-kennzeichen	M	≤ 4	Alphanum.	Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4
10	LB_Punkte	M	14,1	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Punkten
11	LB_Euro	M	13,2	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
12	LB_EURO_GO	M	13,2	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro

## **Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA\_SUM**

a) Zu Datenfeld 02 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20111 im Lieferjahr 2012.

b) Zu Datenfeld 07 (MGV\_EGV\_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung sowie unabhängig davon, ob die Gebührenordnungsposition der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zuzuordnen ist – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV oder der EGV zuzuordnen ist.

c) Zu Datenfeld 10 (LB\_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 11 (LB\_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 12 (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:

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

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

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 im Abrechnungsquartal
03	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 1
04	WOP-Kennzeichen	M	2	Alphanum.	WOP-Kennzeichen gemäß PLZ; Wohnausländer werden dem KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet
05	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
06	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
07	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	Alphanum.	Ab Abrechnungsquartal 20121: Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2 Bis Abrechnungsquartal 20114 wird das Feld leer übermittelt.
08	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
09	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
10	KzWert	M	1	Numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) gemäß Schlüsselverzeichnis 3
11	MGV_EGV_KZ	M	1	Numerisch	Ab Abrechnungsquartal 20121: Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV oder der EGV zuzuordnen ist 1 = MGV 2 = EGV Bis Abrechnungsquartal 20114 wird das Feld leer übermittelt.
12	NVA_KZ	K	1	Numerisch	Ab Abrechnungsquartal 20121: Angabe, ob die Gebührenordnungsposition als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen gekennzeichnet ist. Für den Fall der NVA-Kennzeichnung ist der Wert „1“ zu übermitteln. Andernfalls ist das Feld leer zu übermitteln (Default = Null). Bis Abrechnungsquartal 20114 wird das Feld leer übermittelt.
13	Leistungssegmentkennzeichen	M	≤ 4	Alphanum.	Kennzeichen der GOP gemäß Schlüsselverzeichnis 4
14	LB_Punkte	M	14,1	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Punkten
15	LB_Euro	M	13,2	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
16	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
17	Honorar	M	13,2	Dezimal	Summe des arztseitigen Honorars in Euro
18	Rechtsnachfolger-IK	M	9	Alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes
19	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes

#### Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA\_IK

a) Zu Datenfeld 05 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20111 im Lieferjahr 2012.

b) Zu Datenfeld 11 (MGV\_EGV\_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung sowie unabhängig davon, ob die Gebührenordnungsposition der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zuzuordnen ist – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den regionalen gesamtvertraglichen Regelungen der MGV oder der EGV zuzuordnen ist.

c) Zu Datenfeld 14 (LB\_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 15 (LB\_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 16 (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 17 (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

**Dateiinhalte:**

Pro Abrechnungsjahr, gesamtvertragszuständiger KV und GOP wird ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aREG“
01	Abrechnungsjahr	M	4	Numerisch	Abrechnungsjahr im Format JJJJ
02	Gesamtvertragszuständige 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 Abrechnungsjahr (mindestens für eine Krankenkasse) der MGV zuzuordnen ist, auch wenn diese Gebührenordnungsposition unter bestimmten Umständen außerhalb der MGV vergütet wird

#### Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aREG

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsjahr)

Es ist das Abrechnungsjahr zu übermitteln, beginnend mit dem Kalenderjahr 2012 im Lieferjahr 2012.

## 4 Satzart ARZTRG87aNVI\_SUM

<b>Dateiinhalt:</b>
Pro Abrechnungsquartal, Wohnort-KV und GOP wird ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	16	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aNVI_SUM“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJQ
02	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
04	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP
05	LB_EURO_GO aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme	M	13,2	Dezimal	Summe des auf die Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallenden Leistungsbedarfs je GOP laut regionaler Euro-Gebührenordnung, wie von der KV im Rahmen des gesonderten NVI-Leistungsnachweises übermittelt, in Euro.

### Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI\_SUM

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20121 im Lieferjahr 2013.

## 5 Satzart ARZTRG87aNVI\_IK

<b>Dateiinhalte:</b>
Pro Abrechnungsquartal, VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, Wohnort-KV und GOP wird ein Datensatz geliefert.

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 JJJQ
02	VKNR	M	5	Alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse im Abrechnungsquartal
03	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse im Abrechnungsquartal
04	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 1
05	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal 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.
09	Rechtsnachfolger-IK	M	9	Alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feld-art</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feld-eigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
10	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes

### **Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI\_IK**

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20121 im Lieferjahr 2013.

## 6 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

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

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

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

Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM, ARZTRG87aKA\_IK, ARZTRG87aNVI\_SUM und ARZTRG87aNVI\_IK:

*Satzart\_KV\_Quartal\_Lieferdatum.Endung*

Satzart ARZTRG87aREG:

*Satzart\_KV\_Jahr\_Lieferdatum.Endung*

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

Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM, ARZTRG87aKA\_IK, ARZTRG87aNVI\_SUM und ARZTRG87aNVI\_IK:

*Satzart\_KV\_Rechtsnachfolger-Kassenart\_Rechtsnachfolger-IK\_Quartal\_Lieferdatum.Endung*

Satzart ARZTRG87aREG:

*Satzart\_KV\_Jahr\_Lieferdatum.Endung*

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

*Satzart* alphanumerisch

(ARZTRG87aKA\_SUM, ARZTRG87aKA\_IK, ARZTRG87aNVI\_SUM, ARZTRG87aNVI\_IK, ARZTRG87aREG),

*KV* zweistellig alphanumerisch

(01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)

*Rechtsnachfolger-Kassenart* alphanumerisch

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

*Rechtsnachfolger-IK* neunstellig alphanumerisch

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

*Quartal* fünfstellig numerisch

(2011, 2012, ...),

*Jahr* vierstellig numerisch

(2011, 2012, ...),

*Lieferdatum* achtstellig numerisch  
(JJJJMMTT),  
*Endung* csv.

## **Anlage 3**

### **des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnort-  
prinzip aufbereiteten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung  
vom Institut des Bewertungsausschusses über die Trägerorganisa-  
tionen des Bewertungsausschusses an die Verbände der gesetzli-  
chen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene  
und die Gesamtvertragspartner**

**mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011  
(Stand: 30.03.2012)**

#### **Gliederungsverzeichnis**

1	Satzart KASSRG87aMGV_SUM .....	42
2	Satzart KASSRG87aMGV_IK.....	44
3	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen.....	46

## 1 Satzart KASSRG87aMGV\_SUM

<b>Dateiinhalt:</b>
Pro Abrechnungsquartal und Wohnort-KV wird ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	16	Alphanum.	Konstant „KASSRG87aMGV_SUM“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJQ
02	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	13,1	Dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V <u>nach</u> Bereinigung, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Krankenkassen.
04	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	13,1	Dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V <u>nach</u> Bereinigung, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.
05	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	≤ 8	Numerisch	Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Krankenkassen
06	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	≤ 8	Numerisch	Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

## **Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV\_SUM**

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20111 im Lieferjahr 2012.

## 2 Satzart KASSRG87aMGV\_IK

<b>Dateiinhalt:</b>
Pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und Wohnort-KV wird ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	Alphanum.	Konstant „KASSRG87aMGV_IK“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJQ
02	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse im Abrechnungsquartal
03	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	13,1	Dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V <u>nach</u> Bereinigung, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Krankenkassen.
05	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	13,1	Dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V <u>nach</u> Bereinigung, bewertet in Punkten, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.
06	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Krankenkassen	M	≤ 8	Numerisch	Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Krankenkassen

<b>Feld Nr.</b>	<b>Feld</b>	<b>Feld-art</b>	<b>Anzahl Stellen</b>	<b>Feld-eigenschaft</b>	<b>Inhalt/Erläuterung</b>
07	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen	M	≤ 8	Numerisch	Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen
08	Rechtsnachfolger-IK	M	9	Alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes
09	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1 unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes

#### **Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV\_IK**

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Quartal 20111 im Lieferjahr 2012.

### 3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Trägerorganisationen

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

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

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

*Satzart\_KV\_Quartal\_Lieferdatum.Endung*

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

*Satzart\_KV\_Rechtsnachfolger-Kassenart\_Rechtsnachfolger-IK\_Quartal\_Lieferdatum.Endung*

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

*Satzart* alphanumerisch

(KASSRG87aMGV\_SUM, KASSRG87aMGV\_IK),

*KV* zweistellig alphanumerisch

(01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)

*Rechtsnachfolger-Kassenart* alphanumerisch

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

*Rechtsnachfolger-IK* neunstellig alphanumerisch

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

*Quartal* fünfstellig numerisch

(20111, 20112, ...),

*Lieferdatum* achtstellig numerisch

(JJJJMMTT),

*Endung* csv.

## **Anlage 4**

### **des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

#### **Schlüsselverzeichnisse zur Datenübermittlung gemäß § 87a Abs. 6 SGB V**

**mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011  
(Stand: 30.03.2012)**

#### **Schlüsselverzeichnis 1 – Kostenträgerarten**

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
01	Ortskrankenkassen
02	Landwirtschaftliche Krankenkassen
03	Innungskrankenkassen
04	Betriebskrankenkassen
05	Knappschaft
11	Ersatzkassen

#### **Schlüsselverzeichnis 2 – Kassenärztliche Vereinigungen**

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayerns
72	Berlin
73	Saarland

Code	Bezeichnung
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen
AU <sup>*)</sup>	Ausland (ausschließlich bei Übermittlung der Satzart ANZVER_KM6 zu verwenden)

\*) Entfällt.

### Schlüsselverzeichnis 3 – Valutaeinheit

Code	Bezeichnung
1	Punkte
2	Euro
5	Unbewertet

### Schlüsselverzeichnis 4 – Leistungssegmentierung

Code	Bezeichnung <sup>*)</sup>
RA	Leistungen ohne LSK
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2)
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)
2	Regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich $\geq$ 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36, GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431 und GOP 40680)
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706),

Code	Bezeichnung <sup>1)</sup>
	Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Abschnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 40850 und 40852)
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32577X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 32783X**, 32850X**, 32851X**, 32852X**, 32855X**, 32856X**, 32857X**, 33043X, 33044X und 33090X)
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)
A3	Polysomnographie (GOP 30901)
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13622)
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860 und 40862)

Code	Bezeichnung <sup>*)</sup>
PAH**	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865 bis 40868)
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872)
H1N1**	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740 und 88741)
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)

\*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A und 12, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.

\*\*\*) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungssegmente; Nachtragsfälle sind möglich.

## Schlüsselverzeichnis 6 – Abrechnungsgruppen der Arztpraxis

ABRGR	Abrechnungsgruppe
0301	Allgemeinmediziner
0303	Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt)
0305	Hausärztliche Internisten
0309	Sonstige Hausärzte
0401	Kinder- und Jugendmedizin
0501	Anästhesiologie
0601	Augenheilkunde
0701	Chirurgie
0801	Gynäkologie
0901	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
1001	Hautarzt
1101	Humangenetik
1201	Laboratoriumsmedizin
1251	Laborgemeinschaften
1301	Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt

<b>ABRGR</b>	<b>Abrechnungsgruppe</b>
1311	Innere Medizin, SP Angiologie
1312	Innere Medizin, SP Endokrinologie
1313	Innere Medizin, SP Gastroenterologie
1314	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
1315	Innere Medizin, SP Kardiologie
1316	Innere Medizin, SP Nephrologie
1317	Innere Medizin, SP Pneumologie
1318	Innere Medizin, SP Rheumatologie
1351	Innere Medizin, schwerpunktübergreifend
1401	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
1501	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
1601	Neurologie
1602	Neurochirurgie
1621	Nervenheilkunde
1701	Nuklearmedizin
1801	Orthopädie
1901	Pathologie
2001	Phoniatrie und Pädaudiologie
2101	Psychiatrie
2201	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie
2202	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2211	Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2212	Ärztliche Psychotherapeuten
2301	Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2302	Psychologische Psychotherapeuten
2303	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2304	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten
2309	Fachgruppenübergreifende Praxen, nicht ärztliche Psychotherapeuten
2401	Radiologie
2501	Strahlentherapie
2601	Urologie
2701	Physikalische und Rehabilitative Medizin
9001	Einrichtungen nach § 311 SGB V
9002	Medizinische Versorgungszentren
9251	Fachwissenschaftler

<b>ABRGR</b>	<b>Abrechnungsgruppe</b>
9305	Arztgruppenübergreifende Praxen, hausärztlich
9306	Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich
9307	Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend
9308	Mammographie-Screening-Einheit
9991	Sonstige Leistungserbringer