

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012**

Teil A

**Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des
Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen
Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4
Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen
nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7
SGB V sowie Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3
SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz
1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013**

mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V. Außerdem beschließt er gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Kassenspezifische Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (Wohnort-KV). Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbarten Punktwert in Euro.

Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V kassenspezifisch angepassten Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs, die gemäß der in § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V genannten Veränderungstatbestände fortzuschreiben sind.

2.1 Zeitliche Vorgaben

Die Berechnung der kassenspezifisch angepassten Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß der Verfahrensvorgaben dieses Beschlusses erfolgt für jedes Abrechnungsquartal des Jahres 2013 getrennt unter Verwendung der Datengrundlage des jeweiligen Vorjahresquartals. Die Berechnung erfolgt unverzüglich nach Vorliegen dieser Datengrundlage und damit rechtzeitig für die Rechnungslegung fünf Monate nach Quartalsende. Die auf diese Weise bestimmten und gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V angepassten sowie gemäß Nr. 3 differenzbereinigten Behandlungsbedarfe sind im Formblatt 3 sowie im Rechnungsbrief auszuweisen und bei der Schlusszahlung für das entsprechende Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.

2.2 Vorgaben zur Berechnung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe

2.2.1 Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

Ausgangspunkt der Berechnung kassenspezifischer Behandlungsbedarfe für ein Abrechnungsquartal des Jahres 2013 für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist die **Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs.**

Hierzu verwenden die regionalen Gesamtvertragspartner die gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss Teil B des vorliegenden Beschlusses, vorliegende

Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM. Sollten die darin für einen KV-Bezirk und das Vorjahresquartal enthaltenen Summenangaben zum vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf aus Datenlieferungen der Krankenkassen einerseits und aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nicht übereinstimmen, verständigen sich die kassenartenspezifischen Gesamtvertragspartner anhand der kassenspezifisch in der Satzart KASSRG87aMGV_IK ausgewiesenen Behandlungsbedarfe jeweils mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die zur Beseitigung der Abweichungen anzusetzenden Differenzbeträge und teilen diese kassenartenspezifisch kumuliert allen Gesamtvertragspartnern im jeweiligen KV-Bezirk mit.

Sofern über die Datengrundlagen keine Einigung erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen.

Sofern die vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem Abrechnungsquartal und dem Vorjahresquartal abweicht, ziehen die Gesamtvertragspartner bei Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung eine einvernehmlich festgestellte Punktmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für diese Leistungen im Vorjahresquartal vom für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf ab. Bei Überführung von Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird eine einvernehmlich festgestellte Punktmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für diese Leistungen im Vorjahresquartal zugesetzt.

Sofern die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren, wird die abzuziehende bzw. zuzusetzende Punktmenge gemäß den folgenden drei Schritten berechnet:

1. Aus den Daten der Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, geändert durch Beschluss Teil B des vorliegenden Beschlusses, wird für die betroffene Leistung die Differenz der Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung des Vorjahresquartals in der Wohnort-KV aus ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM ermittelt.
2. Das Ergebnis aus Ziffer 1 wird mit der KV-spezifischen Abstaffelungsquote multipliziert. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote berechnet sich dabei folgendermaßen: Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus der Satzart KASSRG87aMGV_SUM gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, geändert durch

Beschluss Teil B des vorliegenden Beschlusses) in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal wird multipliziert mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert und dividiert durch die Summe der Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV im Vorjahresquartal in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal. Die Summe der Leistungsmenge in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird dabei aus ARZTRG87aKA_SUM ermittelt, wobei die Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung aus ARZTRG87aNVI_SUM abgezogen wird.

3. Der so ermittelte Euro-Betrag wird durch den regionalen Punktwert im Vorjahresquartal dividiert.

Die in Ziffer 2 angewendete Abstufungsquote wird für eine Leistung auf eins gesetzt,

- wenn es sich bei der zu überführenden Leistung um eine in Euro bewertete Leistung handelt und/oder
- wenn die Auszahlungsquote der Arztgruppe, die die zu überführende Leistung absolut von allen Arztgruppen am häufigsten abrechnet, im Vorjahresquartal größer ist als 97 Prozent. Die Auszahlungsquote einer Arztgruppe wird dabei definiert als das Verhältnis des Honorars der Arztgruppe zur abgerechneten Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung; die Berechnung der Auszahlungsquote differenziert nicht nach Leistungen, die innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Die in Ziffer 2 angewendete Abstufungsquote wird des Weiteren auf eins gesetzt, wenn eine Leistung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung überführt wird und aus dem Verteilungsmaßstab gemäß § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V deutlich wird, dass diese Leistung im Vorjahresquartal mit dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet worden ist, sowie im Fall der Anwendung der Empfehlung des Bewertungsausschusses zur Ausgliederung der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen.

Veränderungen der Abgrenzung der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind in den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu bestimmenden Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V, für die gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen ist, zu berücksichtigen.

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist, und gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V empfiehlt der Bewertungsausschuss zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen. Für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen empfiehlt der Bewertungsausschuss auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben und seiner bisherigen Beschlüsse die folgenden Leistungen nicht einzubeziehen:

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis d SGB V),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520, 40680 EBM,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM,
6. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
7. Strahlentherapie,
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung,
9. Substitutionsbehandlung,
10. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,
11. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese,

12. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten,
13. Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
14. Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,
15. Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis,
16. Balneophototherapie,
17. Leistungen und Kostenpauschalen, die in den Jahren 2012 und 2013 aufgenommen wurden und lt. Empfehlungen des Bewertungsausschusses bzw. lt. bundesmantelvertraglicher Regelungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.
18. Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen.

Spätestens nach Ablauf von vier Jahren wird überprüft, ob die Mengenentwicklung der Leistungen nach der Ziffer 18 weiterhin überproportional im Verhältnis zur Veränderungsrate ansteigt oder ob aufgrund einer Stabilisierung eine Eindeckelung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung möglich ist. In diesem Fall erfolgt die Eindeckelung unter der Berücksichtigung einer Abstufungsquote von eins, sofern und soweit die Ausgliederung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter der Berücksichtigung einer Abstufungsquote von eins erfolgte und die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren.

Zur Abgrenzung der Leistungsmenge des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wird der Bewertungsausschuss ggf. aufgrund der Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V mit Wirkung für das Abrechnungsjahr 2013 rechtzeitig beschließen.

Die oben vorgegebene Abgrenzung ist als technische Vorgabe im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 in Nr. 3.1.3.7 der Anlage, geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 wiedergegeben.

Unter dem Vorbehalt eines Beschlusses des Bewertungsausschusses zu den Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Bezug auf eine Angleichung des Orientierungswertes an den kalkulatorischen Punktwert im EBM, sind die Behandlungsbedarfe und Ein- sowie Ausdeckelungspunktmengen ggf. gegenläufig anzupassen.

2.2.2 Kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

Der nach Nr. 2.2.1 festgestellte und ggf. um Veränderungen der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angepasste Behandlungsbedarf wird nun entsprechend des Anteils der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, an der für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung insgesamt abgerechneten Leistungen, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt.

Die abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung werden auf der Grundlage der gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, geändert durch Beschluss Teil B des vorliegenden Beschlusses, beschlossenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK ohne Berücksichtigung der Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossenen Krankenkassen wie folgt bestimmt. Jeweils für die einzelnen Krankenkassen nach aktuellem Fusionsstand (IK-Satzarten) und die KV insgesamt (SUM-Satzarten) wird die Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen, die in den ARZTRG87aKA-Satzarten keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen aufweisen, addiert. Die auf die Inanspruchnahme bereinigter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte gemäß den ARZTRG87aNVI-Satzarten entfallenden Leistungsmengen nach Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen werden hiervon abgezogen. Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund in der Datengrundlage nicht enthaltener Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über die für die kassenspezifische Aufteilung der Behandlungsbedarfe zu verwendende Abgrenzung der Leistungsmengen.

Über die Berücksichtigung der sich aus den kassenseitigen Prüfanträgen nach § 106a Abs. 4 SGB V ergebenden Korrekturen verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

2.2.3 Kassenspezifische Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal

Der nach Nr. 2.2.2 auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist für jede einzelne Krankenkasse schließlich noch durch die im Vorjahresquartal bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk verwendete **Versichertenzahl** gemäß der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a zu teilen und mit der für das Abrechnungsquartal für diese Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk tatsächlich festgestellten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a zu multiplizieren.

Um den kassenspezifischen Aufsatzwert des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal zu erhalten, sind noch die gemäß Nr. 3.4.1 für diesen KV-Bezirk bestimmten **durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten** der Krankenkasse im Vorjahresquartal multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk für alle Selektivverträge zu addieren.

Die Gesamtvertragspartner verständigen sich jeweils über die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a ausgewiesenen besonderen Personengruppen bei der Feststellung der für die Berechnungen zu verwendenden Versichertenzahlen. Dabei beachten sie die Konsistenz mit etwaigen gesondert vereinbarten Vergütungsregelungen für diese Personengruppen.

2.2.4 Verwendung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal

Die gemäß Nr. 2.2.3 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal sind gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V für das jeweilige Abrechnungsquartal fortzuentwickeln.

Zusätzlich wird im Anschluss daran für die Quartale des Jahres 2013 der Behandlungsbedarf je Krankenkasse gemäß Satz 1 basiswirksam um einen prozentualen Wert erhöht, der wie folgt durch die Gesamtvertragspartner bestimmt wird: Der Bewertungsausschuss wird bis zum 18. Dezember 2012 für jeden KV-Bezirk den Betrag beschließen und bekannt geben, der sich aus der Division der insgesamt 250 Mio. Euro durch die Anzahl aller Versicherten im 3. Quartal 2012 gemäß ANZVER87a und anschließender Multiplikation mit der Anzahl aller Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im 3. Quartal 2012 gemäß ANZVER87a ergibt. Dieser Betrag wird, von den jeweiligen Gesamtvertragspartnern, mit dem regionalen Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Punkte umgerechnet, auf die vier

Quartale des Jahres 2013 aufgeteilt und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen im jeweiligen KV-Bezirk verwendeten Versichertenanzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a auf die Krankenkassen aufgeteilt. Die so ermittelte Punktzahl wird zu dem Behandlungsbedarf der jeweiligen Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk und im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 gemäß Satz 1 ins Verhältnis gesetzt.

Für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen erfolgt anschließend eine Differenzbereinigung gemäß Nr. 3 dieses Beschlusses.

3. Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140a ff. SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend

- der Zahl und der Risikostruktur der am Modellversuch nach § 63 Abs. 1 SGB V teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach § 73b Abs. 4 SGB V vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an einem Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c Abs. 3 SGB V teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach § 73c Abs. 3 SGB V vereinbarten Versorgungsauftrag,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a SGB V vereinbarten Versorgungsbedarf

zu bereinigen.

Hierzu gibt der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V folgendes für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2013 anzuwendende Verfahren vor.

Diese Vorgaben gelten für die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V, die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind bzw. auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind.

Kommt eine Einigung über einen Bereinigungsvertrag oder die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a SGB V nach diesem Beschluss nicht zustande,

können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4 bzw. 73c Abs. 3 SGB V sind, bzw. auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind, das Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen.

3.1 Verfahrensgrundsätze

3.1.1 Allgemeine Verfahrensgrundsätze

1. Die Krankenkasse hat den Abschluss eines Selektivvertrags frühzeitig mitzuteilen und die Verhandlungen zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 unmittelbar aufzunehmen.
2. Die Verhandlungen zur erstmaligen Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013 sind 12 Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals abzuschließen. Als erstmalige Bereinigung aufgrund eines Selektivvertrags einer Krankenkasse gilt die erste aufgrund dieses Selektivvertrags erforderliche Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Selektivvertrag wirksam wird (Vertrags-KV).
3. Kommt in dieser Frist eine Einigung nicht zustande, gelten die Verhandlungen als gescheitert mit der Folge, dass das jeweils zuständige Schiedsamt aufgefordert wird, den Bereinigungsvertrag innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Ablauf der Frist nach Ziffer 2. festzusetzen.
4. Im Falle der Anrufung des Schiedsamtes gemäß Ziffer 3. findet vor einer Entscheidung des Schiedsamtes keine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für den betreffenden Selektivvertrag und keine Kürzung der vertraglich vereinbarten Zahlungen statt. Entscheidungen des Schiedsamtes sind unverzüglich umzusetzen, falls die Entscheidung innerhalb der ersten 6 Wochen des Quartals, für das die Bereinigung vorgenommen wird, erfolgt. Bei späterer Entscheidung ist die Bereinigung für dieses Quartal rückwirkend und für folgende Quartale ggf. rückwirkend durchzuführen, wenn die Krankenkassen die für die Bereinigung erforderlichen Daten fristgerecht nach Ziffer 7. geliefert haben.
5. Diese Grundsätze und Fristen gemäß Ziffern 1. bis 3. gelten auch für die Anpassung bereits im Jahr 2012 bestehender Bereinigungsverträge an die Neuregelung dieses Beschlusses. In diesem Fall findet bis zu einer Entscheidung des Schiedsamtes die in Verfahrensgrundsatz Nr. 3.1.6 Ziffer 8. beschriebene vorläufige Differenzbereinigung für Neueinschreiber und Rückkehrer mittels pauschaler Bereinigungsbeträge auf Basis der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Versicherten des

Vorjahresquartals (bzw. des Vorquartals, wenn für das Vorjahresquartal noch nicht bereinigt wurde) gemäß Nr. 3.4.1 zwingend Anwendung.

6. Diese Grundsätze und die Fristen gemäß Ziffern 1. bis 5. gelten nicht für die Fortführung und Anpassung bestehender Selektivverträge, für die es bereits Vereinbarungen zur Bereinigung nach diesem Beschluss gibt.
7. Die Krankenkasse kann jeweils bis zu 6 Wochen (bei erstmaliger Bereinigung bis zu 8 Wochen) vor Beginn des zu bereinigenden Quartals Daten liefern, die bei der Ermittlung der Differenzbereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind.
8. Die Krankenkasse kann bis zu 10 Tage vor dem Ende des zu bereinigenden Quartals hinsichtlich der eventuellen Stornierung ursprünglich gemeldeter Neueinschreiber für das gesamte Quartal korrigierte Teilnahmedaten in der Satzart L05 mit entsprechend korrigierten vertragsbezogenen Gesamtbereinigungsdaten in der Satzart L06 liefern, die bei der Rechnungslegung des gemäß Nrn. 3.2 und 3.3 differenzbereinigten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie den Berechnungen nach Nr. 3.4.2 zu berücksichtigen sind.
9. Wenn bei zustande gekommenem Bereinigungsvertrag hinsichtlich der nach Ziffer 7. gelieferten Daten kein Einvernehmen über die Datengrundlage erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen. Bis zur Entscheidung erfolgt eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gemäß Nr. 3.7 gelieferten Daten.
10. Für das 1. Quartal 2013 wird eine vorläufige Bereinigung für Neueinschreiber in den Selektivvertrag und Rückkehrer aus dem Selektivvertrag in den Kollektivvertrag mittels pauschaler Bereinigungsbeträge, wenn möglich unter Berücksichtigung des neuen Verfahrens zur Berechnung der MGV und wenn möglich auf Basis der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Versicherten des Vorjahresquartals (bzw. des Vorquartals, wenn für das Vorjahresquartal noch nicht bereinigt wurde), vorgenommen. Zur Rechnungslegung wird eine Spitzabrechnung auf Basis der Vorgaben des vorliegenden Beschlusses vorgenommen. Die Verhandlungen zur Bereinigung aufgrund eines Selektivvertrags einer Krankenkasse im 1. Quartal 2013 sind bis zum 29. November 2012 abzuschließen. Die Lieferung der Daten zur vorläufigen Bereinigung des Behandlungsbedarfs des 1. Quartals 2013 erfolgt bis zum 15. Dezember 2012. Die Daten zur vorläufigen Bereinigung enthalten Angaben zu den am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten und Ärzten, zum Versorgungsauftrag des Selektivvertrags innerhalb der MGV sowie zu pauschalen Bereinigungsmengen je teilnehmendem Versicherten. Die Daten können auch in der im Beschluss der

238. Sitzung des Bewertungsausschusses am 19. Oktober 2010, geändert durch die Beschlüsse der 246. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie 266. Sitzung des Bewertungsausschusses am 14. Dezember 2011, vorgegebenen Datensatzstruktur übermittelt werden. Die Daten zur Spitzabrechnung nach den Vorgaben des Beschlusses gem. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V sind zeitgleich mit den Daten für das 2. Quartal 2013 von den Krankenkassen zu übermitteln. Auch für die vorläufige Bereinigung gelten die allgemeinen Verfahrensgrundsätze Ziffern 1 bis 9, soweit in dieser Ziffer 10 nichts anderes geregelt wird.

3.1.2 Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner

Die Inhalte der vertraglichen Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und den für die bereinigende Krankenkasse zuständigen Verband der Krankenkassen (zuständige Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V) vereinbart und umgesetzt. Dies gilt auch für den Fall der KV-übergreifenden Bereinigung nach Nr. 3.1.4.

Die zuständigen Vertragspartner können einvernehmlich ein von den Vorgaben gemäß Nrn. 3.2 und 3.3 abweichendes Verfahren festlegen.

3.1.3 Quartalsweise Bereinigung

Es erfolgt eine quartalsweise Differenzbereinigung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2013. Dabei werden jeweils die Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen zwischen dem Abrechnungsquartal und dem Vorjahresquartal ausgeglichen. Die so festgestellten Bereinigungen führen zu einer in Bezug auf die entsprechenden Quartale der Folgejahre basiswirksamen Veränderung des bereinigten vereinbarten Behandlungsbedarfs.

3.1.4 KV-übergreifende Bereinigung

Wenn Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung (Wohnort-KV) am Selektivvertrag in der Vertrags-KV teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.

Hierzu wird zwischen der Wohnort-KV und dem zuständigen Partner der Gesamtverträge gemäß § 83 Abs. 1 SGB V in der Wohnort-KV eine Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung geschlossen. Diese Vereinbarung legt die Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Fälle der KV-übergreifenden Bereinigung, d. h. für die an Selektivverträgen in einer Vertrags-KV teilnehmenden Versicherten mit Wohnort in der Wohnort-KV, fest.

Dabei werden die Neueinschreiber gemäß Nr. 3.2.3 gegenüber der Wohnort-KV bereinigt, wobei die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Wohnort-KV anzuwenden und neben den bereichseigenen auch bereichsfremde Leistungen zu berücksichtigen sind. Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Vertragspartnern der KV-übergreifenden Bereinigungsverträge zu prüfen, ob für die jeweiligen Neueinschreiber insbesondere bei Unterschreitung einer Anzahl von 50 Neueinschreibern einvernehmlich pauschale Bereinigungsbeträge vereinbart werden können, wie insbesondere der durchschnittliche Bereinigungsbetrag der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten in der Vertrags-KV bezogen auf den Lieferstand der Satzart L04 für die Vertrags-KV 6 bzw. 8 Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals bzw. bezogen auf den Lieferstand der Daten zur vorläufigen Bereinigung des Behandlungsbedarfs des 1. Quartals 2013 zum 15. Dezember 2012. Im Falle der KV-übergreifenden Bereinigung liefert die betreffende Krankenkasse die Daten gemäß Nr. 3.7 unter Beachtung von Nr. 3.7 lit. d) an die Wohnort-KV.

3.1.5 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung

Für Selektivverträge, die mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Arbeitsgemeinschaften abgeschlossen werden, kann einvernehmlich festgelegt werden, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V deklaratorisch unter quartalsweiser einvernehmlicher Feststellung des sich aus dem jeweiligen Selektivvertrag ergebenden Bereinigungsanteils des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V erfolgt. Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses mit der Prüfung der möglichen Auswirkungen einer deklaratorischen Bereinigung auf den Kollektivvertrag bis zum 28. Februar 2013. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. März 2013 das Nähere zur Umsetzung der deklaratorischen Bereinigung beschließen.

3.1.6 Weitere Verfahrensgrundsätze

Die Partner der Bereinigungsverträge bzw. die Partner der Gesamtverträge stellen folgende Grundsätze sicher:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
2. Doppelbereinigungen von Leistungen für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen einer Krankenkasse sind nicht zulässig.

3. Die nach den Bereinigungsverfahren gemäß den Nrn. 3.2 und 3.3 ermittelten vom morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf abzusetzenden Leistungsmengen werden mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V bewertet.
4. Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Voraussetzung für die Vergütung ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß Nr. 3.5.
5. Nehmen in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke in Anspruch, können die Partner der Gesamtverträge vereinbaren, dass die Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt. Wenn dies der Fall ist, ist eine Bereinigung der in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsmengen nicht zulässig. Die Partner der Gesamtverträge prüfen, ob sich der in fremden KV-Bezirken erbrachte Leistungsbedarf ändert, und ergreifen ggf. geeignete Maßnahmen.
6. Werden von der betreffenden Krankenkasse auch bereichsfremde Leistungen bereinigt, sind diejenigen selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, die für am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte in anderen KVen erbracht werden, von der betreffenden Krankenkasse gemäß den Regelungen zur nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme nach Ziffer 4. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass diese Leistungen versichertenbezogen erfasst und im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) versichertenbezogen geltend gemacht werden.
7. Soweit die Partner der Bereinigungsverträge vereinbaren, den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gemäß § 73b Abs. 4 Satz 7 SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung sicherstellen zu lassen, vereinbaren die Partner der Bereinigungsverträge eine Regelung zum Aufwendersatz.
8. Die Partner des Bereinigungsvertrages können zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung auch Abschlagsverfahren auf Basis der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten und pauschalen Bereinigungsbeträgen je Versicherten sowie eine spätere Spitzrechnung gemäß den Verfahren in den Nrn. 3.2 und 3.3 vereinbaren.

9. Die Partner der Gesamtverträge werden frühzeitig einvernehmlich vereinbaren, wie mit ggf. stattfindenden und nicht gewünschten Belastungen der kollektivvertraglichen Versorgung umzugehen ist, wenn die im Selektivvertrag vereinbarten Inhalte zur Versorgung nicht beachtet werden. Dabei werden sowohl Verlagerungen von den der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Selektivvertrages in den Kollektivvertragsbereich als auch Verlagerungen von zunächst nicht der Bereinigung unterliegenden Leistungen vom kollektivvertraglichen Bereich in den Selektivvertragsbereich berücksichtigt.
10. Für die Vergütung der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß Ziffer 4. erbrachten Leistungen vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein Abschlagsverfahren auf Basis des im Vorjahresquartal festgestellten Volumens.

3.2 Vorgaben zur Bereinigung aufgrund von Neueinschreibern und Rückkehrern bei Verträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

3.2.1 Abstimmung der notwendigen Datengrundlagen und Berechnungen

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die termingerechte Bereitstellung der der Bereinigung zugrundeliegenden Daten gemäß Nr. 3.7 an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung. Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse stellt der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung und dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene die für die Bereinigung erforderlichen Datengrundlagen gemäß §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140a ff. SGB V in geeigneter Weise maschinenles- und -verarbeitbar spätestens 6 Wochen, bei erstmaliger Bereinigung spätestens 8 Wochen, vor dem nächsten bzw. ersten Bereinigungsquartal bzw. Stornierungen gemäß Nr. 3.1.1 Ziffer 8. zur Verfügung. Nach Eingang der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung hat diese die Gelegenheit, die Daten innerhalb von 14 Kalendertagen zu prüfen und den Krankenkassen das Ergebnis sowie die festgestellten Implausibilitäten im Einzelnen schriftlich unter Angabe der konkreten Datenkonstellation mitzuteilen. Die Krankenkasse kann in diesem Falle innerhalb von 7 Arbeitstagen nach Mitteilung des Prüfergebnisses der Kassenärztlichen Vereinigung korrigierte Daten unter Angabe des Korrekturverfahrens liefern, die bei der Bereinigung zu berücksichtigen sind. Bei Fortbestehen der Nichteinigung kann das Schiedsamt angerufen werden.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V über Teile der zur Bereinigung abzustimmenden Daten hinsichtlich der Plausibilität und Richtigkeit auf Grund von Unstimmigkeiten bis zum Ende der Prüffrist nicht zustande, so ist gemäß dem allgemeinen Verfahrensgrundsatz Nr. 3.1.1 Ziffer 9. zu verfahren.

3.2.2 Feststellung der infolge des Selektivvertrags aus dem Behandlungsbedarf entfallenden bereinigungsrelevanten ärztlichen Leistungen des EBM

Weitere Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die Darlegung über Art und Umfang der Leistungen, die durch den Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V aus dem Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entfallen.

Wenn diese Leistungen nicht eindeutig beschrieben werden können, ist das Einvernehmen über die Feststellung der den Inhalten der Versorgung nach den Verträgen gemäß §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4, 73c Abs. 3 SGB V und § 140a SGB V entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der jeweiligen Wohnort-KV herzustellen. Eine Nichteindeutigkeit kann z. B. vorliegen, wenn einzelne Leistungsbestandteile aus einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM selektivvertraglich vereinbart werden.

Ändert sich der Inhalt und Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrags, so sind die Auswirkungen von der vertragsschließenden Krankenkasse darzulegen und eine Differenzbereinigung (positiv oder negativ) für alle Bestandsteilnehmer hinsichtlich der Veränderung ihres selektivvertraglichen Versorgungsumfangs analog Nr. 3.2.3 vorzunehmen. Bei Nichteindeutigkeit bezüglich der Darstellung im EBM ist zwischen den zuständigen Partnern der Gesamtverträge über die Auswirkung dieser Änderungen auf die Bereinigung ebenfalls unverzüglich das Einvernehmen herzustellen.

3.2.3 Berechnung des für ein Quartal zu bereinigenden Behandlungsbedarfs

Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Kalenderquartal gemäß der nach Nr. 3.7 von der Krankenkasse an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Daten. Von dem für das aktuelle Quartal unter Beachtung der Vorgaben in Nr. 2 vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V wird für Neueinschreiber gegenüber dem Vorjahresquartal, d. h. Selektivvertragsteilnehmer, die im Abrechnungsquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilnehmen, aber im Vorjahresquartal noch nicht teilnahmen oder im Vorjahresquartal ohne Bereinigung teilnahmen oder im Vorjahresquartal in einem anderen KV-Bezirk wohnten, der zu bereinigende Behandlungsbedarf gemäß dem jeweils für das Quartal geltenden Versorgungsauftrag für selektivvertragliche Versorgungsaufträge abgezogen.

Die historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge des Vorjahresquartals für die in selektivvertragliche Versorgungsmodelle im zu bereinigenden Abrechnungsquartal des Jahres 2013 ex-ante neu eingeschriebenen Versicherten wird

von den Krankenkassen auf Basis der gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) vorliegenden Daten des Vorjahresquartals wie folgt ermittelt:

- a) Für Versicherte, die im zu bereinigenden Quartal an einem Selektivvertrag teilnehmen und die im Vorjahresquartal noch nicht teilgenommen haben (Neueinschreiber), wird die sachlich-rechnerisch richtiggestellte Leistungsmenge des Vorjahresquartals in Euro gemäß dem jeweiligen die Kollektivversorgung ersetzenden, für dieses Quartal geltenden Versorgungsauftrag des Selektivvertrags erhoben. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
- b) Sofern der Neueinschreiber im maßgeblichen Vorjahresquartal nicht bei der betreffenden Krankenkasse versichert war oder seinen Wohnsitz nicht in der von der Bereinigung betroffenen KV hatte oder ohne Bereinigung am Selektivvertrag teilnahm, wird die durchschnittliche vertragspezifische historische Leistungsmenge, differenziert nach den Altersklassen gemäß den für die Versorgungsinhalte des Selektivvertrags zutreffenden Versicherten- bzw. Grund- bzw. Konsiliarpauschalen des EBM der übrigen Neueinschreiber in den Selektivvertrag gemäß diesem Versorgungsauftrag herangezogen. Das Alter des Versicherten wird zum Stichtag 31. Dezember 2012 ermittelt. Sollten für eine Krankenkasse weniger als 50 Neueinschreiber am Selektivvertrag teilnehmen, die ihren Wohnsitz im Vorjahresquartal in der von der Bereinigung betroffenen KV hatten und im Vorjahresquartal bei der betreffenden Krankenkasse versichert waren, können die Vertragspartner Pauschalbeträge vereinbaren. Bei der Ermittlung der vertragspezifisch durchschnittlichen Leistungsmenge je Versichertem sind auch die Versicherten zu berücksichtigen, deren nach den o. g. Vorgaben ermittelte Leistungsmenge im Vorjahresquartal Null war.
- c) Für die Ermittlung der Leistungsmenge bei Versicherten mit Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein geeignetes separates Ersatzverfahren.
- d) Bei Versicherten, die aufgrund von Statuswechseln eine gegenüber dem Vorjahresquartal abweichende Krankenversicherungsnummer haben, ist sicherzustellen, dass die unter der alten Versichertennummer abgerechneten Leistungen in die Ermittlung des versichertenbezogenen Bereinigungsbetrages eingehen.

- e) Für Versicherte mit Wohnort in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der Vertrags-KV wird der zu bereinigende Leistungsbedarf gemäß Nr. 3.1.4 ermittelt.

Der zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber ergibt sich durch Fortschreibung der so ermittelten historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge um die mit Wirkung für das Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.4 Absatz 1 und 2 und Multiplikation mit dem Verhältnis des gemäß Nr. 2.2.1 festgestellten, für die Wohnort-KV im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs zur gemäß Nr. 2.2.2 für das Vorjahresquartal in der Wohnort-KV insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Abrechnungsquartals 2013. Bei der Rechnungslegung für das zu bereinigende Abrechnungsquartal sind zudem gemäß Nr. 3.1.1 Ziffer 8. korrigierte Teilnahmedaten zu berücksichtigen.

Für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr, wird der individuelle historische Bereinigungsbetrag, multipliziert mit den mit Wirkung für das Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.4 Absatz 1 und 2 wieder zugesetzt. Dies gilt auch für Versicherte, die vor ihrem Wechsel in eine andere Krankenkasse an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben, für Versicherte, deren Wohnort zwischen dem Vorjahresquartal und dem Abrechnungsquartal in einen anderen KV-Bezirk wechselt, sowie für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und bis zum Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals verstorben sind. Die entsprechenden Rückbereinigungsbeträge sind von der Krankenkasse versichertenspezifisch in der Satzart L07 in der Datenlieferung gemäß Nr. 3.7 auszuweisen.

3.3 Vorgaben zur Bereinigung bei Verträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V mit situativer Teilnahme von Versicherten

Die quartalsbezogene Differenzbereinigungsmenge in Punkten für bestimmte, nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen (keine ex-ante Einschreibung), wird vor Beginn eines Abrechnungsquartals des Jahres 2013 folgendermaßen vereinbart.

Datenbasis für die Ermittlung der Leistungsmengen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs sind die den Krankenkassen vorliegenden Daten gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise). Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei

mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.

Die Differenzbereinigungsmenge für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, wird ermittelt aus der Summe der für Versicherte dieser Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal angefallenen Leistungsmengen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs, geteilt durch die Zahl der diese Leistungen im Vorjahresquartal inanspruchnehmenden Versicherten dieser Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk und multipliziert mit der auf Basis der im Vorjahresquartal beobachteten Zahl der zusätzlichen Inanspruchnehmer vereinbarten Zahl der gegenüber dem Vorjahresquartal mehr oder weniger zu berücksichtigenden Inanspruchnehmer innerhalb des Selektivvertrags im zu bereinigenden Quartal des Jahres 2013.

Die Partner der Bereinigungsverträge können einvernehmlich auch andere Verfahren zur Bestimmung der Inanspruchnehmerzahlen vereinbaren.

Die jeweilige Differenzbereinigungsmenge wird angepasst um die mit Wirkung für das Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.4 Absatz 1 und 2.

Zudem wird die so angepasste Differenzbereinigungsmenge mit dem Verhältnis des gemäß Nr. 2.2.1 festgestellten, für die Wohnort-KV im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs zur gemäß Nr. 2.2.2 für das Vorjahresquartal festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Abrechnungsquartals 2013 multipliziert.

Die Krankenkassen bzw. die zuständigen Gesamtvertragspartner können mit der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung, deren Behandlungsbedarf bereinigt wird, einvernehmlich ein abweichendes Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs für bestimmte nach EBM definierte einzelne Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden sollen, vereinbaren.

Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten bezüglich des Behandlungsbedarfs nach den Nrn. 3.2 und 3.3 sind zu vermeiden.

3.4 Vorgaben zur Ermittlung und Fortschreibung der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten

3.4.1 Erstmalige Ermittlung der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten

Für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2012, jede Krankenkasse, jeden Selektivvertrag und jede Kassenärztliche Vereinigung wird der gemäß Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010, geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010, Teil B, und 266. Sitzung am 14. Dezember 2011, vereinbarte Bereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte der Krankenkasse, die im jeweiligen Abrechnungsquartal an bereinigungsrelevanten Selektivverträgen teilnehmen, festgestellt und durch die Anzahl der in diesem Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk verwendete Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a geteilt, um die vertragsspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten im entsprechenden Abrechnungsquartal des Jahres 2012 zur Verwendung gemäß Nr. 2.2.3 erstmals festzustellen.

3.4.2 Fortschreibung der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten

Bei der Rechnungslegung für ein Abrechnungsquartal des Jahres 2013 wird die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten einer Krankenkasse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahresquartal für jeden Selektivvertrag wie folgt um ein Jahr fortgeschrieben:

- a) Die vertragsspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten dieser Krankenkasse in diesem KV-Bezirk im Vorjahresquartal wird mit der bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse in diesem KV-Bezirk verwendeten Versichertenzahl gemäß ANZVER87c4 bzw. ANZVER87a multipliziert und mit Wirkung für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V angepasst.
- b) Der für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 3.2.3 vertragsspezifisch bestimmte zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber wird hinzuaddiert.
- c) Für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr, wird der individuelle historische Bereinigungsbetrag, multipliziert mit den mit Wirkung für das Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.4 Absatz 1 und 2 abgezogen. Dies gilt auch für Versicherte, die vor ihrem Wechsel in eine andere Krankenkasse an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben, für Versicherte, deren Wohnort zwischen dem Vorjahresquartal und dem Abrechnungsquartal in einen anderen KV-Bezirk wechselt, sowie für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag

teilgenommen haben und bis zum Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals verstorben sind.

- d) Die so erhaltene fortgeschriebene Bereinigungsmenge wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im betreffenden KV-Bezirk im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Versichertenzahl gemäß ANZVER87a geteilt, um die vertragsspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten der Krankenkasse im aktuellen Abrechnungsquartal zu erhalten.

Unter dem Vorbehalt eines Beschlusses des Bewertungsausschusses zu den Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Bezug auf eine Angleichung des Orientierungswertes an den kalkulatorischen Punktwert im EBM, sind die versichertenindividuellen und vertragsspezifischen Bereinigungsmengen ggf. gegenläufig anzupassen. Die jeweiligen vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten sind für jedes Abrechnungsquartal von den Partnern des Bereinigungsvertrages gemeinsam festzustellen.

3.5 Datenlieferung bei Inanspruchnahme des Kollektivvertrags von Teilnehmern eines Selektivvertrags

Bis spätestens 5 Monate nach Abschluss des jeweiligen Bereinigungsquartals liefert die Kassenärztliche Vereinigung der am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkasse die relevanten Versicherten-, Arzt- und Abrechnungsdaten in Fällen einer Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte gemäß der Regelung in § 1 Abs. 3a des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.

Auf dieser Grundlage stellen Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse die Menge der im jeweiligen Bereinigungsquartal insgesamt durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen fest. Die so festgestellte Leistungsmenge ist, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V, von der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse spätestens 14 Tage nach Eingang der Abrechnungsdaten an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten.

Bestehende abweichende Vereinbarungen zur Abrechnung dieser Leistungen können im Einvernehmen fortgeführt werden.

3.6 Datengrundlagen bei der deklaratorischen Bereinigung

Haben sich die Partner des Bereinigungsvertrags auf das Verfahren der deklaratorischen Bereinigung geeinigt, erfolgt der Austausch der Datengrundlagen

zwischen der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung analog des Verfahrens gemäß Nr. 3.7.

3.7 Datenübermittlungen der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene

Zur Durchführung der in Nrn. 3.1 bis 3.4 beschriebenen Berechnungen übermitteln Krankenkassen, die einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung bzw. mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V abgeschlossen haben quartalsweise selektivvertragliche Stammdaten – soweit vorgesehen arzt- und praxisbezogen – in den Satzarten L01 bis L03, selektivvertragliche Teilnahmedaten für sämtliche Selektivvertragsteilnehmer versichertenbezogen in der Satzart L04 und L05, aggregierte selektivvertragliche Bereinigungsdaten für Neueinschreiber und Rückkehrer – soweit vorgesehen versichertenbezogen – in den Satzarten L06 und L07, differenzierte selektivvertragliche Bereinigungsdaten für Neueinschreiber in der Satzart L09 sowie Daten der Versichertenhistorie für Neueinschreiber in der Satzart L10.

Die Krankenkassen übermitteln diese Daten gemäß der Schnittstellenbeschreibung in der Anlage für das jeweilige Bereinigungsquartal in regionalisierter Abgrenzung nach Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der Arztpraxen bzw. nach Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene. Hierzu erfolgt die Übermittlung der

- a) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L01 in vollem Umfang an die Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte oder Ärzte wohnen bzw. sitzen sowie an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- b) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L02 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal am Selektivvertrag teilnehmenden bereichseigenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vor- und Nachnamen, LANR, BSNR, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten je Arzt bzw. bei Arztnetzen je Arztnetz) in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,

- c) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L03 (Liste der dem für das jeweilige Kalenderquartal gültigen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), der selektivvertraglichen Teilnahmedaten in den Satzarten L04 und L05 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal insgesamt am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung bzw. korrigierte Teilnahmedaten mit Vor- und Nachnamen, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ, Status, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Kennzeichnung als Neueinschreiber sowie im Einvernehmen LANR und BSNR des am Selektivvertrag teilnehmenden behandelnden Arztes), der aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in den Satzarten L06 und L07 (zu bereinigende Leistungsmengen für Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung auf Grund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, insgesamt und versichertenbezogen), der differenzierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in der Satzart L09 (versichertenbezogener zu bereinigender Leistungsmengen für Neueinschreiber nach Gebührenordnungspositionen des EBM) sowie der Versichertenhistorie in der Satzart L10 in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- d) die Felder 00 bis 04 und 06 bis 09 aus den aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten gemäß der Satzart L06, falls die Vertragspartner KV-übergreifender Bereinigungsverträge gemäß Nr. 3.1.4 einvernehmlich die Zugrundelegung der durchschnittlichen Leistungsmenge der Vertrags-KV vereinbart haben, in der Abgrenzung der Vertrags-KV an die Wohnort-KV sowie an den zuständigen Verband der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene.

Die Übermittlung der versicherten-, arzt- und praxisbezogenen Daten an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene erfolgt gemäß §§ 284 und 285 SGB V in nicht pseudonymisierter Form.

Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse bzw. der die Bereinigung durchführende zuständige Verband der Krankenkasse auf Landesebene sowie die betroffene Kassenärztliche Vereinigung stellen die Einhaltung der jeweils gültigen

datenschutzrechtlichen Anforderungen sicher und verwenden die Daten ausschließlich zum Zweck der Bereinigung.

Hinsichtlich der Inhalte der Datenlieferungen ist die einvernehmliche Vereinbarung von Abweichungen möglich.

3.8 Datenübermittlungen der Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses

Zu den Datensätzen der Lieferung der Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses beschließt der Bewertungsausschuss im 1. Quartal des Jahres 2013 unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Überprüfungsauftrages des Institutes des Bewertungsausschusses gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung.

3.9 Rechnungslegung

Die von den zuständigen Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgestellten Bereinigungsvolumina gemäß der Nrn. 3.2 und 3.3 sind bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen sowie bei der Schlusszahlung zu berücksichtigen. Der Ausweis erfolgt über das Formblatt 3 sowie den Rechnungsbrief.

Die für eine Krankenkasse aufsummierten vertragspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten gemäß Nr. 3.4.1 und 3.4.2 sind jeweils für jedes Abrechnungsquartal von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Formblatt 3 auszuweisen.

3.10 Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge

Die durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses beim Institut des Bewertungsausschusses eingerichtete Transparenzstelle wird weitergeführt und bei Bedarf weiterentwickelt.

4. Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff SGB V

Zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V wird der Bewertungsausschuss mit Wirkung für das Abrechnungsjahr 2013 rechtzeitig einen Beschluss fassen, sobald die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 116b Abs. 4 SGB V sowie die weiteren Festlegungen gemäß § 116b Abs. 6 SGB V vorliegen.

Anlage zu Teil A Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene

Teil B

Änderung der Lieferfristen in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus seiner 273. und 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen)

mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt die Umstellung der jährlichen Lieferung der Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI, ARZTRG87aNVI_SUM, ARZTRG87aNVI_IK, KASSRG87aMGV, KASSRG87aMGV_SUM und KASSRG87aMGV_IK aus den Beschlüssen seiner 273. und 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) auf eine quartalsweise Lieferung.

2. Änderung der Fristen zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 273. Sitzung wird in Abschnitt III. wie folgt geändert:

- die Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst: „Die Krankenkassen übermitteln quartalsweise ab dem Abrechnungsquartal 1/2011 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal bis zum 10. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten jeweils bis zum 20. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Lieferung für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 erfolgt hiervon abweichend bis zum 10. bzw. 20. Juli 2012 und die Lieferung für das Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 10. bzw. 20. November 2012.“
- die Nr. 2 wird wie folgt neu gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise ab dem Abrechnungsquartal 1/2011 die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal bis zum 10. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die

Kassenärztliche Bundesvereinigung, die diese Daten jeweils bis zum 20. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Lieferung für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 erfolgt hiervon abweichend bis zum 10. bzw. 20. Juli 2012 und die Lieferung für das Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 10. bzw. 20. November 2012.“

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 274. Sitzung wird in Teil C wie folgt geändert:

- in Abschnitt I. wird der erste Satz wie folgt neu gefasst: „Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind die gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 1/2011 quartalsweise an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV.“
 - in Abschnitt II. wird der erste Satz des zweiten Absatzes wie folgt neu gefasst: „Das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt die regional nach Wohnortprinzip abgegrenzten Daten der kassenseitigen Rechnungslegung quartalsweise in den Satzarten KASSRG87aMGV_SUM und KASSRG87aMGV_IK auf Basis der in der Anlage 3 definierten Datensatzbeschreibung bis zum 1. des achten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses; die Lieferung für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 erfolgt hiervon abweichend bis zum 1. August 2012 und die Lieferung für das Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 1. Dezember 2012.“
 - in Abschnitt II. wird der letzte Satz des vierten Absatzes wie folgt neu gefasst: „Die Feststellung der Empfängerarten erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe zum Stichtag 1. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats.“
- 3. Änderung der Fristen zur Übermittlung von Daten der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V sowie von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme**

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 273. Sitzung wird in Abschnitt II. wie folgt geändert:

- die Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise ab dem Abrechnungsquartal 1/2012 die Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal (Abrechnungszeitraum) spätestens bis zum ersten Tag des sechsten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Lieferung für das Abrechnungsquartal 1/2012 erfolgt hiervon abweichend bis zum 15. November 2012.“
- Die Nr. 5 wird wie folgt neu gefasst: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln quartalsweise ab dem Abrechnungsquartal 1/2012 Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI für das jeweilige Abrechnungsquartal (Abrechnungszeitraum) spätestens bis zum ersten Tag des sechsten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Lieferung für das Abrechnungsquartal 1/2012 erfolgt hiervon abweichend bis zum 15. November 2012.“
- Die Nr. 6 wird wie folgt neu gefasst: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach den Nrn. 3 und 5 erhobenen Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI bis zum 15. des sechsten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats und die nach Nr. 4 erhobenen Daten in der Satzart ARZTRG87aREG bis zum 15. des sechsten Monats des Abrechnungszeitraums an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Die Weiterleitung der nach den Nrn. 3 und 5 für das erste Quartal 2012 erhobenen Daten erfolgt hiervon abweichend bis zum 30. November 2012.“

Der Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 274. Sitzung wird in Teil B wie folgt geändert:

- in Abschnitt I. wird der erste Satz wie folgt neu gefasst: „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), geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 1/2012 quartalsweise an das Institut des

Bewertungsausschusses gelieferten Daten der arztseitigen Rechnungslegung in der Satzart ARZTRG87aKA.“

- In Abschnitt I. wird der zweite Satz wie folgt neu gefasst: „Grundlage der Datenübermittlungen nach diesem Beschluss sind des Weiteren die gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Teil B des Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V jährlich an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG, beginnend mit dem Abrechnungsjahr 2012, sowie die mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 1/2012 quartalsweise an das Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI.“
- in Abschnitt II. wird der erste Aufzählungspunkt wie folgt neu gefasst: „Daten der arztseitigen Rechnungslegung erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 (Abrechnungszeitraum) bis zum 10. Juli 2012 und anschließend quartalsweise bis zum zehnten Tag des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal (Abrechnungszeitraum) folgenden Monats in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aKA_IK, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 15. Dezember 2012,“
- in Abschnitt II. wird der dritte Aufzählungspunkt wie folgt neu gefasst: „Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme quartalsweise bis zum zehnten Tag des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal (Abrechnungszeitraum) folgenden Monats in den Satzarten ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 15. Dezember 2012“
- in Abschnitt II. wird der letzte Satz des vorletzten Absatzes wie folgt neu gefasst: „Die Feststellung der Empfängerarten erfolgt an Hand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe zum Stichtag 1. des siebten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats.“

Anlage

zum Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012

Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene für das Jahr 2013

1. Umfang der Datenlieferung

Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. die bereinigenden Krankenkassen übermitteln vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals die Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V für die Bereinigungsquartale 1/2013 bis 4/2013 in den Satzarten L01 bis L07, L09 und L10 an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene.

Gegenstand der Datenübermittlung sind Selektivverträge mit ex-ante Einschreibung bzw. mit situativer Einschreibung/Teilnahme des Versicherten, für die gemäß § 64 Abs. 3, 73b Abs. 7, § 73c Abs. 6 bzw. § 140d Abs. 2 SGB V eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V durchgeführt werden soll.

2. Übermittlungsweg, Kompression und Verschlüsselung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen jeweils einen sFTP- oder FTPS-Server zur Verfügung, auf dem die in dieser Anlage definierten Dateien abgelegt werden. Die Krankenkassen sind in der Lage, mit Standardsoftware eine gesicherte Verbindung zum Server der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung aufzubauen. Die dazu notwendigen Kennworte werden vor der Datenübertragung ausgetauscht.

Bei auftretenden technischen Übertragungsproblemen werden bilateral zeitnahe Problemlösungen erarbeitet.

Die Übertragung der Dateien ist durch das gewählte Übertragungsverfahren geschützt. Jede der in dieser Anlage beschriebenen Dateien ist einzeln noch einmal vor der Übertragung zu komprimieren und zu verschlüsseln. Hierzu werden die Algorithmen deflate64 (Kompression) und AES-256 (Verschlüsselung) verwendet (z. B. mit der Software 7-ZIP).

Die Zusendung der notwendigen Benutzerkennungen und Zugangs- sowie Verschlüsselungskennworte zur Datenübertragung (Anmeldung am sFTP-Server, Verschlüsselung der Datenpakete) erfolgt bis auf weiteres durch die Kassenärztlichen Vereinigungen via Postweg an einen von der Krankenkasse zu benennenden Ansprechpartner innerhalb von 7 Werktagen nach Anmeldung eines Vertrages und Benennung eines Ansprechpartners gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Meldet eine Krankenkasse oder ein von einer oder mehreren Krankenkassen beauftragter Dienstleister mehrere Verträge zur Bereinigung, werden für alle Datenlieferungen einer Sender-/Empfängerbeziehung dieselben Kennwörter verwendet.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen jeden Dateneingang unverzüglich durch Rückmeldung per e-mail an den vom Datenlieferanten benannten Ansprechpartner. Die Kassenärztliche Vereinigung verständigt sich mit dem Datenlieferanten über Art und Umfang der Rückmeldung.

Die Krankenkassen verständigen sich mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene auf einen analogen Übermittlungsweg.

3. Dateibeschreibung

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 sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Die numerischen Datenfelder sind auf die jeweils angegebene Nachkommastellenanzahl kaufmännisch zu runden. Werden diese Werte für weitere

Berechnungen verwendet, so muss mit den gerundeten Werten weitergerechnet werden, um eine vollständige Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können.

Folgende Dateinamenskonvention ist vorgesehen:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_VKNR_Empfänger-KV.Version

(Format:

CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC_CCC_JJJQ_CCCCCCCC_CCCC_CC.C
CC)

Hierbei bezeichnet die VKNR die Empfänger-KV-spezifische Vertragskassennummer der Krankenkasse. Die VKNR ist nicht Bestandteil der Nutzdaten und nur im Dateinamen zu übermitteln.

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

Die Vertragskennung ist im Dateinamen ggf. durch Anfügung von Unterstrichen immer mit einer Länge von genau 25 Zeichen anzugeben. Wenn sich Datenlieferant und Datenempfänger auf die Lieferung der Daten verschiedener Verträge in einer Datei verständigen, sind anstelle der Vertragskennung im Dateinamen 25 Unterstriche anzugeben.

4. Satzart L01 – Vertragsstammdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden bestehenden Selektivvertrag, der gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7, § 73c Abs. 6 bzw. § 140d Abs. 2 SGB V bereinigungsrelevant ist, ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L01"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse. Die quartals- und jahresübergreifende Eindeutigkeit für ein und denselben Selektivvertrag muss innerhalb der Kasse gewährleistet sein.
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Eindeutiges Institutionskennzeichen der Krankenkasse Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
04	Vertragsbeginn	M	8	numerisch	Vertragsbeginn im Format JJJMMTT. Der Vertragsbeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
05	Vertragsende	M	8	numerisch	Vertragsende im Format JJJMMTT. Das Vertragsende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
06	Vertragsart	M	1	numerisch	Gesetzliche Grundlage des Vertrages 1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) 2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) 3 = Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V) 4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)
07	Einschreibart	M	1	numerisch	Einschreibemodalität für Versicherte 1 = mit ex-ante-Einschreibung 2 = mit situativer Einschreibung/Teilnahme
08	Vertrags-bezeichnung	K	≤ 70	alphanum.	(Kurz-)Bezeichnung des Vertrages (möglichst sprechend)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
09	KV	M	17	alphanum.	<p>Vektordarstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen gemäß Satzart L02 (Feld 04).</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert einen definierten KV-Bereich und gibt diesen als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob in diesem KV-Bereich mindestens eine Arztpraxis am jeweiligen Selektivvertrag teilnimmt. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:</p> <p>0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 17 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert:</p> <p>1 = Schleswig-Holstein 2 = Hamburg 3 = Bremen 4 = Niedersachsen 5 = Westfalen-Lippe 6 = Nordrhein 7 = Hessen 8 = Rheinland-Pfalz 9 = Baden-Württemberg 10 = Bayerns 11 = Berlin 12 = Saarland 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Brandenburg 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen 17 = Sachsen</p> <p>Der Vektor hat somit eine feste Breite von genau 17 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.</p>

5. Satzart L02 – Teilnehmende Vertragsärzte

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Für jeden am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten (Teilnahme als Vertragspartner, Teilnahme durch Beitritt zum Vertrag, Teilnahme im Rahmen eines Arztnetzes, Teilnahme im Rahmen der Assoziation etc.) ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse, lebenslanger Arztnummer inkl. LANR-Arztgruppenschlüssel und Betriebsstätte ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 05 bis 07 eindeutig identifiziert.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L02"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	LANR	M	7	alphanum.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des teilnehmenden Arztes

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	LANR-Arztgruppen-schlüssel	M	2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR (Arztgruppenschlüssel, der den Versorgungsbereich sowie die Facharztgruppe differenziert nach Schwerpunkten angibt, gemäß Anlage 2 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern). Hinweis: Bei Mehrfachzulassungen eines Arztes ist derjenige Arztgruppenschlüssel zu liefern, welcher der Teilnahme des Arztes am Selektivvertrag zugrunde liegt.
07	BSNR	M	9	alphanum.	Betriebsstättennummer des teilnehmenden Arztes.
08	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Arztes
09	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Arztes
10	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Beginn der Teilnahme am Selektivvertrag, bezogen auf die Kombination aus LANR, LANR-Arztgruppenschlüssel und BSNR, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
11	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Ende der Teilnahme am Selektivvertrag, bezogen auf die Kombination aus LANR, LANR-Arztgruppenschlüssel und BSNR, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
12	Anzahl Versicherte	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Bereinigungsquartal am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten je Arzt. Hinweis: Im Falle von Einschreibungen bei einem Arztnetz ist die Anzahl der insgesamt dort eingeschriebenen Versicherten rechnerisch ganzzahlig auf die einzelnen Ärzte aufzuteilen.

6. Satzart L03 – Versorgungsauftrag

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse und Wohnort-KV ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L03"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.

7. Satzart L04 – Teilnehmende Versicherte

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (kassenspezifische Versichertennummer(n) bzw. PersonenID) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L04"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte noch nicht bereits mit der eGK ausgestattet ist. Andernfalls wird Feld 06 zu einem Muss-Feld.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
06	PersonenID	K*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte tatsächlich bereits mit der eGK ausgestattet ist. In diesem Fall wird Feld 04 zu einem Kann-Feld.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Versicherten
08	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Versicherten
09	Geburtsdatum	M	8	numerisch	Geburtsdatum des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT
10	Geschlecht	M	1	numerisch	Geschlecht des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich
11	Versichertenstatus	M	1	numerisch	Status des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	M	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes des teilnehmenden Versicherten im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
14	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	≤ 9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	≤ 9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiber-kennzeichen	M	1	numerisch	2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertennummer / 2. Versichertennummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertennummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertennummer existiert, ist auch diese Versichertennummer im Feld 05 zu liefern.

8. Satzart L05 – Korrigierte Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen)

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden im aktuellen Bereinigungsquartal definitiv am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (kassenspezifische Versichertennummer(n) bzw. PersonenID) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L05"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte noch nicht bereits mit der eGK ausgestattet ist. Andernfalls wird Feld 06 zu einem Muss-Feld.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
06	PersonenID	K*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte tatsächlich bereits mit der eGK ausgestattet ist. In diesem Fall wird Feld 04 zu einem Kann-Feld.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Versicherten
08	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Versicherten
09	Geburtsdatum	M	8	numerisch	Geburtsdatum des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT
10	Geschlecht	M	1	numerisch	Geschlecht des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich
11	Versichertenstatus	M	1	numerisch	Status des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	M	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes des teilnehmenden Versicherten im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
14	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	≤ 9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	≤ 9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiber-kennzeichen	M	1	numerisch	2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertennummer / 2. Versichertennummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertennummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertennummer existiert, ist auch diese Versichertennummer im Feld 05 zu liefern.

9. Satzart L06 – Vertragsbezogene Gesamtbereinigungsdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden Selektivvertrag ist vor Beginn des jeweiligen Reinigungsquartals pro Reinigungsquartal, Krankenkasse, Wohnort-KV und für die notwendige(n) Leistungsbedarfsabgrenzung(en) ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 und 12 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L06"
01	Bereinigungs-quartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Reinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	Teilnehmerzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Reinigungsquartal und im Bereich der Wohnort-KV insgesamt teilnehmenden Versicherten

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 1	K	13,2	dezimal	<p>Für <u>das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</u> für Neueinschreiber in Euro.</p> <p>Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es sich um einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten handelt.</p>
07	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 2	K	13,2	dezimal	<p>Für <u>das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr</u> für Neueinschreiber in Euro.</p> <p>Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es sich um einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten handelt.</p>
08	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 3	K	13,2	dezimal	<p>Für <u>das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>ab Beginn des 60. Lebensjahres</u> für Neueinschreiber in Euro.</p> <p>Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es sich um einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten handelt.</p>
09	Bereinigungsrelevanter, versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber	K	13,2	dezimal	<p>Für <u>das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, historischer versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 3.2.3 lit. a) bis d) in Euro.</p> <p>Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.</p> <p>Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es sich um einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten handelt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
10	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 3.2.3 in Punkten.
11	Rückbereinigungsbe-trag	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 3.2.3 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr.
12	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber abzüglich Rückbereinigungsbe-trag (Differenzbereinigungsbetrag)	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 3.2.3 in Punkten abzüglich des für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 3.2.3 festgestellten Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr.
13	Leistungsbedarfsab-grenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieser Versicherten 2 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 3.1.4 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten

Erläuterung zu den Feldern 06 bis 08 (Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf der Altersklassen 1 bis 3)

Für die Zuordnung zu den Altersklassen 1 bis 3 wird das Alter des Versicherten zum Stichtag 31.12.2012 ermittelt.

Für die Durchschnittsbildung heranzuziehen sind nur Selektivvertragsteilnehmer, die im Vorjahresquartal ihren Wohnsitz in der von der Bereinigung betroffenen KV hatten und bei der jeweiligen Krankenkasse versichert waren. Selektivvertragsteilnehmer, deren Leistungsbedarf im Vorjahresquartal Null war, sind bei der Durchschnittsbildung zu berücksichtigen.

10. Satzart L07 – Versichertenbezogene Bereinigungsdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals ist zusätzlich zur Satzart L06 für jeden Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, in der Satzart L07 ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L07"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV-Bereinigung stattfindet, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte noch nicht bereits mit der eGK ausgestattet ist. Andernfalls wird Feld 06 zu einem Muss-Feld.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen.
06	PersonenID	K*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte tatsächlich bereits mit der eGK ausgestattet ist. In diesem Fall wird Feld 04 zu einem Kann-Feld.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Bereinigungsrelevanter, versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, historischer versorgungsauftrags-spezifischer Leistungsbedarf gemäß Nr. 3.2.3 lit. a) bis d) in Euro, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen. Das Feld ist nur zu übermitteln, wenn es sich um einen Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten handelt.
09	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf gemäß Nr. 3.2.3 in Punkten, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0.
10	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Versicherte, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten, falls es sich um Versicherte handelt, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, , ansonsten 0. Negative Werte sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11/10	Leistungsbedarfsabgrenzung	M	1	dezimal	<p>1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieses Versicherten</p> <p>2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 3.1.4 abgegrenzt</p> <p>3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten</p>
12	Rückbereinigungsbetrag	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 3.2.3 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten, falls der Versicherte im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen hat und im Abrechnungsquartal nicht mehr, ansonsten 0.
13	Ersatzwertkennzeichen	M	1	dezimal	<p>1: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, bei dem das Ersatzwertverfahren gemäß Nr. 3.2.3 lit. b) zum Einsatz kam</p> <p>8: falls es sich um eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 handelt</p> <p>9: falls es sich um einen Rückkehrer handelt</p> <p>0: sonst</p>

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertennummer / 2. Versichertennummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertennummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertennummer existiert, ist auch diese Versichertennummer im Feld 05 zu liefern.

11. Satzart L09 – Vertrags- und versichertenbezogene Bereinigungsdaten nach GOP

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Für jeden Selektivvertrag ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals je Krankenkasse, Neueinschreiber oder „Differenzbereiniger“ aufgrund einer Änderung der Liste L03, Wohnort-KV, Behandlungsdatum, GOP, Arztpraxis bzw. (Neben-)Betriebsstätte und Arzt ein Datensatz zu liefern. Es sind nur Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung einzubeziehen, in der die Bereinigung vorgenommen wird. Der historische Leistungsbedarf dieser Versicherten ist nur zu übermitteln, wenn der Versicherte im Vorjahresquartal bei der bereinigenden Krankenkasse versichert war und in der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung wohnte.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird nur dann durch die Kombination der Felder 01 bis 11 mit 14 bis 16 eindeutig identifiziert, wenn die Felder 14 bis 16 nicht leer übermittelt werden.</p>

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L09"
01	Bereinigungs-quartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV-Bereinigung stattfindet, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte noch nicht bereits mit der eGK ausgestattet ist. Andernfalls wird Feld 06 zu einem Muss-Feld.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	PersonenID	K*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversicherтенnummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte tatsächlich bereits mit der eGK ausgestattet ist. In diesem Fall wird Feld 04 zu einem Kann-Feld.
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten <u>im Bereinigungsquartal</u> (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Historische Versichertennummer	M	≤ 12	alphanum.	Historische Versichertennummer zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme Vorjahresquartal, inkl. führender Nullen.
09	Historisches KVK-IK	M	9	alphanum.	Historisches Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme im Vorjahresquartal.
10	Behandlungsdatum	M	8	numerisch	Datum der Behandlung, im Format JJJJMMTT

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
11	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Im Vorjahresquartal für den Selektivvertragsteilnehmer abgerechnete, dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.
12	Anzahl	M	≤ 5	numerisch	Häufigkeit des GOP-Ansatzes
13	Summe Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Summe des auf den GOP-Ansatz entfallenden Leistungsbedarfs in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
14	BSNR / NBSNR	M	≤ 9	alphanum.	(Neben-)Betriebsstättennummer des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
15	LANR	M	≤ 7	alphanum.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
16	LANR-Arztgruppen-schlüssel	M	≤ 2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben, kann die Kasse dieses Feld optional mitliefern, anderenfalls ist das Feld leer zu lassen)
17	Leistungsbedarfsabgr-enzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 12 und 13 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieses Versicherten 2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 12 und 13 beziehen sich gemäß Nr. 3.1.4 auf den Durchschnitt in der Vertrags-KV 3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 12 und 13 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten

12. Satzart L10 –Versichertenhistorie

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden Neueinschreiber sowie Versicherte, für die nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, (kassenspezifische Versichertennummer(n) bzw. PersonenID) gemäß Feld 18 aus Satzart L04 sind vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals sämtliche im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gültige Versichertennummern in Verbindung mit dem zugehörigen historischen IK auf der Krankenversichertenkarte zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 09 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L10"
01	Bereinigungsquartal	M	5	Numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Neueinschreibers vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal aus SA L04 (Feld 04), inkl. führender Nullen. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte noch nicht bereits mit der eGK ausgestattet ist. Andernfalls wird Feld 06 zu einem Muss-Feld.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal aus SA L04 (Feld 05), sofern vorhanden, inkl. führender Nullen.
06	PersonenID	K*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer aus SA L04 (Feld 06). *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist nur genau dann zu übermitteln, wenn der Versicherte tatsächlich bereits mit der eGK ausgestattet ist. In diesem Fall wird Feld 04 zu einem Kann-Feld.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten <u>im Bereinigungsquartal</u> (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 74 = KBV 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Historische Versichertennummer	M	≤ 12	alphanum.	Jede historische Versichertennummer, welche dem durch die Versichertennummer(n) bzw. PersonenID in den Feldern 04 bis 06 identifizierbaren Versicherten im Vorjahresquartal zugeordnet werden kann, inkl. führender Nullen.
09	Historisches KVK-IK	M	9	alphanum.	Historisches Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte, welches der historischen Versichertennummer in Feld 08 zugeordnet werden kann.