

B E S C H L U S S

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

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

in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

mit Wirkung zum 1. April 2012

Präambel

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

I. Fortschreibung der bundesweiten Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011

1. Der Bewertungsausschuss beschließt die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil A) erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2011. Die Fortschreibung erfolgt jährlich für die vier Versicherungs- bzw. Abrech-

nungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Berichtszeitraum), beginnend mit den Versicherungs- bzw. Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011.

2. Die Stichprobenauswahl zur Übermittlung versichertenvollständiger Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten als kalenderjährlich rollierendes Panel und umfasst die in Anlage 1 bezeichneten Kalendertage eines jeden Monats. Der Auftrag des Instituts des Bewertungsausschusses zur Prüfung der Angemessenheit der Stichprobengröße in Bezug auf die vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben gemäß Teil A, Abschnitt I, Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bleibt unberührt. Die Anlage 1 ist entsprechend Abschnitt IX. anzupassen, soweit sich aus dem Ergebnis dieses Prüfauftrags die Notwendigkeit einer Änderung der Stichprobengröße ergibt.
3. Die Krankenkassen übermitteln für die einzelnen Berichtszeiträume gemäß Nr. 1 die pseudonymisierten Versichertenstammdaten in den Satzarten 200 und 201 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister jährlich jeweils bis zum 31. Oktober an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Versicherungsquartalen 1/2011 bis 4/2011 bis zum 31. Oktober 2012. Der GKV-Spitzenverband leitet die Daten in den Satzarten 200 und 201 sowie die Kostenträgerstammdaten in den Satzarten 219 und 220 jährlich jeweils bis zum 15. November an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter, d. h. erstmals bis zum 15. November 2012. Darüber hinaus übermittelt der GKV-Spitzenverband die aktuellen Kostenträgerstammdaten für den jeweiligen Berichtszeitraum in den Satzarten 219 und 220 nochmals turnusmäßig zu den Stichtagen 1. April und 1. Juli des auf die erstmalige Lieferung folgenden Kalenderjahres, d. h. erstmals für die Versicherungsquartale 1/2011 bis 4/2011 zu den Stichtagen 1. April 2013 und 1. Juli 2013, sowie bei Bedarf auch außerhalb des periodischen Lieferturnus an die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie an das Institut des Bewertungsausschusses.
4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt für die einzelnen Berichtszeiträume gemäß Nr. 1 die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in den Satzarten 202, 203 und 210 sowie die, soweit vorgesehen pseudonymisierten, vertragsärztlichen Stammdaten in den Satzarten 211, 213 und 215 jährlich jeweils bis zum 15. November an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Abrechnungsquartalen 1/2011 bis 4/2011 bis zum 15. November 2012.
5. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 2 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

II. Anpassung von Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 sowie Übermittlung von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012

1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, wird mit Wirkung für die Abrechnungsdaten des Jahres 2011 wie folgt geändert:

- a) In Abschnitt I., Nr. 3 wird der dritte Satz aufgehoben.
 - b) In Anlage 2 wird das Schlüsselverzeichnis 4 zur Leistungssegmentierung entsprechend des Schlüsselverzeichnisses 4 der Anlage 7 zu diesem Beschluss neu gefasst.
2. Der Bewertungsausschuss beschließt mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012 die Aufhebung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011. An dessen Stelle treten die entsprechenden Regelungen nach den Nrn. 3 bis 7.
 3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln jährlich ab dem Jahr 2013 die Daten der arztseitigen Rechnungslegung für die vier Abrechnungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Abrechnungszeitraum) spätestens bis zum ersten Tag des sechsten Monats des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, d. h. erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2012 bis 4/2012 bis zum 1. Juni 2013.
 4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln jährlich ab dem Jahr 2012 Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der Satzart ARZTRG87aREG für das jeweils laufende Kalenderjahr (Abrechnungszeitraum) spätestens bis zum ersten Tag des sechsten Monats des Abrechnungszeitraums an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, d. h. erstmals für das Abrechnungsjahr 2012 bis zum 1. Juni 2012.
 5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln jährlich ab dem Jahr 2013 Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme in der Satzart ARZTRG87aNVI für die vier Abrechnungsquartale des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres (Abrechnungszeitraum) spätestens bis zum ersten Tag des sechsten Monats des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, d. h. erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2012 bis 4/2012 bis zum 1. Juni 2013.
 6. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach den Nrn. 3 und 5 erhobenen Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI bis zum 15. des sechsten Monats des auf den Abrechnungszeitraum folgenden Kalenderjahres 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, d. h. erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2012 bis 4/2012 in den Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI bis zum 15. Juni 2013 sowie erstmals für das Abrechnungsjahr 2012 in der Satzart ARZTRG87aREG bis zum 15. Juni 2012.
 7. Die Datenlieferungen nach den Nrn. 4 bis 6 erfolgen gemäß der in Anlage 3 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

III. Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGVAufsatzwerten mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011

1. Die Krankenkassen übermitteln jährlich ab dem Jahr 2012 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister für das erste bis vierte Quartal des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres

die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung bis zum 10. Juli eines Jahres an den GKV-Spitzenverband, d. h. erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 bis zum 10. Juli 2012. Der GKV-Spitzenverband leitet die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung jeweils bis zum 20. Juli eines Jahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, d. h. erstmals bis zum 20. Juli 2012.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln jährlich ab dem Jahr 2012 für das erste bis vierte Quartal des jeweils abgelaufenen Kalenderjahres die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung bis zum 10. Juli eines Jahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, d. h. erstmals für die Abrechnungsquartale 1/2011 bis 4/2011 bis zum 10. Juli 2012. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die Daten der kassenseitigen Rechnungslegung jeweils bis zum 20. Juli eines Jahres an den GKV-Spitzenverband und an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, d. h. erstmals bis zum 20. Juli 2012.
3. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen in der Satzart KASSRG87aMGV gemäß der in Anlage 4 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

IV. Übermittlung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Jahr 2012

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise die Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung ab dem Abrechnungsquartal 1/2012 in den Satzarten AST_ABRGR und AST_ABRGR_GOP jeweils bis zum fünften Tag des zehnten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats an das Institut des Bewertungsausschusses, d. h. erstmals für das Abrechnungsquartal 1/2012 bis zum 5. Januar 2013.
2. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 5 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

V. Übermittlung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Jahr 2011

1. Der GKV-Spitzenverband übermittelt mit Wirkung ab dem Jahr 2011 die altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER_KM6 zum Erhebungsstichtag 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres jeweils bis zum 15. August des Kalenderjahres an das Institut des Bewertungsausschusses, frühestens jedoch zwei Arbeitstage nach Abgabe der Statistik an das Bundesministerium für Gesundheit, für den Erhebungsstichtag 1. Juli 2011 abweichend hiervon bis zum 15. Juni 2012.
2. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in Anlage 6 i. V. m. Anlage 7 zu diesem Beschluss definierten Datensatzbeschreibung.

VI. Anlassbezogene Datenlieferungen für die geplante EBM-Reform 2014

1. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum September 2012 das Nähere zu den für die geplante EBM-Reform 2014 erforderlichen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses und die Datenstelle des Bewertungsausschusses, insbesondere zu anlassbezogenen Lieferungen von Daten der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung einschließlich der erforderlichen Honorarangaben sowie von zusätzlichen Merkmalen der bundesweiten Versichertenstichprobe.
2. Die Datenlieferung zur Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung erfolgt als Vollerhebung mit Arztbezug und wird jährlich übermittelt. Die erstmalige Lieferung erfolgt für das Abrechnungsjahr 2011. Weitere Lieferungen erfolgen für das letzte vollständige Abrechnungsjahr vor Inkrafttreten der geplanten EBM-Reform sowie für die ersten drei vollständigen Abrechnungsjahre nach Inkrafttreten der geplanten EBM-Reform. Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können diese Daten auch zu Überprüfungen des EBM verwendet werden, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der EBM-Reform stehen.

VII. Beendigung bisheriger Datenlieferungen

Der Bewertungsausschuss beschließt, dass folgende Datenlieferungen mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012 beendet werden:

1. Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Formblatt 3) gemäß Abschnitt II., Salden des Fremdkassenzahlungsausgleichs gemäß Abschnitt III. sowie Mitteilungsmuster und Planungsblätter nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Abschnitt IV. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 216. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V i. V. m. § 87 Abs. 3a SGB V zur Vorbereitung der Berichte des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit durch das Institut des Bewertungsausschusses, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 260. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie
2. RLV-Transparenzdaten gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 243. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur elektronischen Übermittlung der RLV-Transparenzdaten an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 253. Sitzung (Teil C, schriftliche Beschlussfassung).

VIII. Pseudonymisierung

1. Der Bewertungsausschuss beschließt zur Umsetzung dieses Beschlusses sowie vorhergehender Beschlüsse die Anpassung des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß der Anlage 8.

2. Bei Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zu weiteren Datenübermittlungen oder zu sonstigen Änderungen ist das Pseudonymisierungsverfahren gegebenenfalls anzupassen.

IX. Künftige notwendige Änderungen der Anlagen

Künftige notwendige Änderungen der Anlagen 1 bis 8 werden im Einvernehmen zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppe Datenkonzepte des Bewertungsausschusses abgestimmt und werden durch den Bewertungsausschuss beschlossen.

Anlagen:

- | | |
|----------|---|
| Anlage 1 | Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2007 |
| Anlage 2 | Datensatzbeschreibung zur Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011 (Satzarten 200, 201, 202, 203, 210, 211, 213, 215, 219, 220) |
| Anlage 3 | Datensatzbeschreibung zur Anpassung von Datenlieferungen der artseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 sowie zur Lieferung von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012 (Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI) |
| Anlage 4 | Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011 (Satzart KASSRG87aMGV) |
| Anlage 5 | Datensatzbeschreibung zur Lieferung der Abrechnungsstatistik der artseitigen Rechnungslegung mit Wirkung ab dem Jahr 2012 (Satzarten AST_ABRGR, AST_ABRGR_GOP) |
| Anlage 6 | Datensatzbeschreibung zur Lieferung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Jahr 2011 (Satzart ANZ-VER_KM6) |
| Anlage 7 | Schlüsselverzeichnisse zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V für die Abrechnungsdaten mit Wirkung ab dem Jahr 2011 |
| Anlage 8 | Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss |

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Stichprobenumfang der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2007

(Stand: 30.03.2012)

Für die Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe wird ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Geburtstagen, wie folgt konzipiert:

Berichtsjahre 2007-2009

- Kalendertage 3, 10, 17, 24

Berichtsjahr 2010

- Kalendertage 3, 10, 17, 24 (wie Berichtsjahre 2007 bis 2009)
- zusätzlich: Kalendertage 4 und 11

Berichtsjahr 2011

- Kalendertage 3, 10, 17, 24, 4, 11 (wie Berichtsjahr 2010)
- zusätzlich: Kalendertag 18

Berichtsjahr 2012

- Kalendertage 3, 10, 17, 24, 4, 11, 18 (wie Berichtsjahr 2011)
- zusätzlich: Kalendertag 25

Berichtsjahr 2013

- Wegfall der Kalendertage 3 und 10
- Kalendertage 17, 24, 4, 11, 18, 25 (wie Berichtsjahr 2012)
- zusätzlich: Kalendertag 5

Berichtsjahr 2014

- Wegfall des Kalendertages 17
- Kalendertage 24, 4, 11, 18, 25, 5 (wie Berichtsjahr 2013)
- zusätzlich: Kalendertag 12

Berichtsjahr 2015

- Wegfall des Kalendertages 24
- Kalendertage 4, 11, 18, 25, 5, 12 (wie Berichtsjahr 2014)
- zusätzlich: Kalendertag 19

Berichtsjahr 2016

- Wegfall des Kalendertages 4
- Kalendertage 11, 18, 25, 5, 12, 19 (wie Berichtsjahr 2015)
- zusätzlich: Kalendertag 26

Das rollierende Panel wird nach dem hier beschriebenen Konzept über das Berichtsjahr 2016 hinaus fortgeschrieben, indem die Versichertenstichprobe ab dem Berichtsjahr 2017 jährlich um einen weiteren Geburtstag eines jeden Monats ergänzt und jährlich der jeweils „älteste“ Geburtstag aus dem Auswahlverfahren entfernt wird. Hierbei werden die Auswahlgeburtstage 1, 29, 30 und 31 nicht in die Auswahl einbezogen.

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	3.	10.	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.	26.	6.	13.
2007														
2008														
2009														
2010														
2011														
2012														
2013														
2014														
2015														
2016														
2017														
2018														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	5.	12.	19.	26.	6.	13.	20.	27.	2.	9.	16.	23.	28.	8.
2019														
2020														
2021														
2022														
2023														
2024														
2025														
2026														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	2.	9.	16.	23.	28.	8.	15.	22.	7.	14.	21.	3.	10.	17.
2027														
2028														
2029														
2030														
2031														
2032														
2033														
2034														

Berichts- jahr	Kalendertag des Geburtstags													
	7.	14.	21.	3.	10.	17.	24.	4.	11.	18.	25.	5.	12.	19.
2035														
2036														
2037														
2038														
2039														
2040 ff.	Analog 2013 ff.													

Für die Auswahlgeburtstage 3, 10, 17 und 24 wird ein gemeinsamer Schlüssel für die Pseudonymisierung von Versichertennummern auf der ersten Stufe verwendet. Für alle anderen Auswahlgeburtstage gilt jeweils ein eigener Schlüssel. Das Nähere zur Pseudonymisierung ist in Anlage 8 geregelt.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2011

(Stand: 30.03.2012)

Inhalt

1	Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten	11
2	Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren.....	11
3	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses	11
4	Satzart 200 – Versichertennummern.....	13
5	Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten.....	14
6	Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall).....	17
7	Satzart 203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)	20
8	Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung.....	22
9	Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis	24
10	Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei	26
11	Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei	27
12	Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	29
13	Satzart 220 – Kostenträgerhistorie.....	30
14	Hinweise zur Verarbeitung der Daten.....	32

1 Allgemeine Erläuterungen zu den einzelnen Satzarten

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

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

2 Hinweis zum Pseudonymisierungsverfahren

Die Pseudonymisierung der Versichertennummer(n) bzw. der PersonenID erfolgt in Abhängigkeit vom jeweiligen Kalendertag des Geburtstages mit teils unterschiedlichen Schlüsseln. Für die Auswahlgeburtstage 3, 10, 17 und 24 wird ein gemeinsamer Schlüssel für die Pseudonymisierung von Versichertennummern und PersonenID auf der ersten Stufe verwendet. Für alle anderen Auswahlgeburtstage gilt jeweils ein eigener Schlüssel auf der ersten Stufe. Das Nähere zum Pseudonymisierungsverfahren ist der Anlage 8 zu entnehmen.

3 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses

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

Übermittlungsmedium: externe Wechselplatte oder sFTP.

Sofern die zu übermittelnde Datei nicht auf einen Datenträger passt, sind die Daten zeitraumbezogen zu stückeln oder zu komprimieren (zip-Algorithmus). Dem Übermittlungsmedium wird ein Datenträgerbegleitzettel gemäß vereinbartem Formular beigefügt. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben die Nutzung hiervon abweichender Übertragungswege vereinbaren.

Dateinamen:

Verfahrensart: einstellig, S = Stichprobe

Satzart: dreistellig, 200 usw.

Von-Periode: dreistellig, Format: JJQ;

Bis-Periode: dreistellig, Format: JJQ;

IK neunstellig

Institutionskennzeichen des liefernden Verbandes bzw.

KBVfrKVnn = KBV für KV mit KV-Nummer

Lieferdatum: achtstellig, Dateierstellungsdatum im Format JJJJMMTT

Version: zweistellig, Versionsnummer im Format ZZ, Nummerierung mit führenden Nullen

Beispiel: S202111111KBVfrKV032012111501
Stichprobe der ambulanten Fall-Daten für das 1. Quartal 2011 von der
KBV für die KV Bremen, Dateierstellung am 15.11.2012, Dateierstfas-
sung mit Version 01

Datenschutz des Transportweges:
Daten sind verschlüsselt zu übermitteln oder direkt per Kurier zu übergeben.

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

4 Satzart 200 – Versichertenummern

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jeden in der Satzart 201 (Versichertenstammdaten) für ein Versicherungsquartal angegebenen Versicherten ist in der Satzart 200 für jede bekannte herkömmliche, noch nicht den Anforderungen des § 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V entsprechende Krankenversichertennummer („alte Versichertennummer“) ein Datensatz zu übermitteln. Es sind mehrere Datensätze je Krankenkasse, Versicherten und Quartal möglich.</p> <p>Versichertenummern werden nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats).</p> <p>Primärschlüssel: Die Felder 01, 02, 03 und 04 identifizieren einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "200"
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ aus Feld 01 der Satzart 201
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Das in der Satzart 201 Feld 02 verwendete KVK-IK
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 – 10) der lebenslangen Versichertennummer aus Feld 03 der Satzart 201
04	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats).
05	Kalendertag des Geburtstags (nur zu Prüfzwecken)	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten wie in der Satzart 201 Feld 12, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern und wird nur zu Prüfzwecken verwendet.

5 Satzart 201 – Versicherten-Stammdaten

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jeden Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer (pseudonymisiert als PersonenID) wird je Quartal, in dem er versichert war, und je Krankenkasse ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V („betreute Versicherte“) sind einzubeziehen.</p> <p>Die Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) werden anhand eines Geburtstagsstichprobenverfahrens selektiert. Diesem Verfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind in Anlage 1 aufgeführt.</p> <p>Die lebenslange Versichertennummer wird nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Auswahlgeburtstag (Tag des Monats). Herkömmliche, noch nicht den Anforderungen des § 290 Abs. 1 Satz 2 SGB V entsprechende Krankenversichertennummern („alte Versichertennummern“) werden in der Satzart 200 angegeben.</p> <p>Primärschlüssel: Die Felder 01, 02 und 03 identifizieren einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Feld 12 dient ausschließlich Prüfzwecken bzgl. der vom Geburtstag abhängigen Wahl des Schlüssels für die Pseudonymisierung. Feld 13 dient ebenfalls Prüfzwecken. Der Bewertungsausschuss stellt sicher, dass diese beiden Felder nicht ausgewertet werden.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "201"
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen - möglichst das Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte des Versicherten, bei mehreren Angaben je Quartal, die aktuellste
03	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 – 10) der lebenslangen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Anzahl Versicherten-tage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal Hier ist die Anzahl der Tage im Quartal zu liefern, an denen das Versicherungsverhältnis, das durch den Primärschlüssel dieser Satzart definiert ist, bestand.
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich)
06	Geburtsjahr und -quartal	M	5	alphanum.	Geburtsjahr und -quartal im Format JJJJQ bei unbekanntem Quartal Q=0 (z. B. 19730)
07	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner Bei Veränderungen innerhalb des Quartals die aktuellste Angabe
08	Postleitzahl des Wohnortes	M	5	alphanum.	Die PLZ wird, inkl. führender Nullen, vollständig übertragen, bei Veränderungen innerhalb des Quartals die zuletzt gültige Angabe. Bei Wohnausländern ist PLZ="AUSLA" anzugeben.
09	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist. 1 = verstorben 0 = sonst
10	Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c oder §140a SGB V teilgenommen hat, dessen Versorgungsauftrag (vollständig oder teilweise) durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen erbacht wurde und der nicht ausschließlich Add-On-Leistungen umfasst. 1 = ja 0 = nein

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 10 der Wert „1“ übermittelt wird, ist anzugeben, ob die selektivvertragliche Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung oder im Wege der Direktabrechnung außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.</p> <p>1 = Abrechnung über die KV 2 = Abrechnung außerhalb der KV 3 = Abrechnungsweg nicht feststellbar</p> <p>Anmerkung: Das Kennzeichen „1“ ist zu setzen, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig über die KV erfolgt und somit vollständiger Bestandteil der Satzarten 202, 203 und 210 ist.</p> <p>Das Kennzeichen „2“ ist zu setzen, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig oder teilweise außerhalb der KV im Wege der Direktabrechnung erfolgt und somit nicht vollständiger Bestandteil der Satzarten 202, 203 und 210 ist.</p>
12	Kalendertag des Geburtstags (nur zu Prüfzwecken)	M	≤ 2	numerisch	<p>Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern und wird nur zu Prüfzwecken verwendet.</p>
13	Kostenübernahme (nur zu Prüfzwecken)	M	1	numerisch	<p>Angabe, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt:</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

6 Satzart 202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä bzw. § 25 EKV von Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe. Dem Geburtstagsstichprobenverfahren liegen Auswahlgeburtstage (Kalendertage) zu Grunde, die vom Erhebungszeitraum abhängig sind. Die für das jeweilige Berichtsjahr relevanten Kalendertage sind in Anlage 1 aufgeführt.</p> <p>Primärschlüssel: Das Feld 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart 202 (KV-Fall) mit der Satzart 203 (Diagnosen) und der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen). Die Felder 01, 05 und 06 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart 211 (Betriebsstättenverzeichnis).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 bis 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "202"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversicherungskarte. Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation
05	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
07	LB_Punkte	M	≤13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten
08	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent
09	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen
10	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	Kalendertag des Geburtstags (nur zu Prüfzwecken)	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung von Versichertennummern und wird nur zu Prüfzwecken verwendet.

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

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose eines Behandlungsfalls aus Satzart 202 (KV-Fall) ein Datensatz.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 die Satzart 203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart 202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "203"
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversichertenkarte. Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Fall_ID" in KV-Fall
05	Diagnosen-zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen beginnend mit „1“
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe eines Diagnose-Codes wie in der Abrechnung enthalten

07	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = Ausgeschlossene Diagnose G = Gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
08	Seitenlokalisierung	m	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts

8 Satzart 210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart 202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.</p> <p>Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit Eigenanteilen der Patienten werden nicht bewertet übermittelt.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 die Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart 202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 08 und 11 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "210"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KVK-IK	M	7	alphanum.	3.-9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse auf der Krankenversicherungskarte Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
03	Pseudonymisierte Versichertennummer	M	40	alphanum.	Pseudonym der kassenspezifischen Versichertennummer, nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt. Der Pseudonymisierungsschlüssel ist abhängig vom Geburtstag (Tag des Monats). <u>Anmerkung:</u> Bei Nutzung der eGK durch den Versicherten ist das nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugte Pseudonym des unveränderlichen Teils (Stellen 1 - 10) der lebenslangen Versichertennummer zu übermitteln.
04	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Fall_ID" in KV-Fall
05	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit 1
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
07	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	Leistungsbedarf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07 an
09	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 08: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
10	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall
11	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07

9 Satzart 211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird je Betriebsstätte des jeweiligen KV-Bereichs ein Datensatz geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	Konstant "211"
01	Abrech-nungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Betriebsstät-tenpseudo-nym	M	40	alphanum.	Pseudonym der Betriebsstättennummer (BSNR), nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ erzeugt.
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort der Betriebsstätte 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
04	Abrech-nungsgrup-pe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte (vierstellig) gemäß Schlüsselverzeichnis 6

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

10 Satzart 213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	Konstant "213"
01	Gültigkeitszeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes
02	ICD-10-Code	M	≥ 3, ≤ 7	alphanum.	Gültiger ICD-10-Code gem. SGB V
03	Text	M	≤ 200	alphanum.	Klartext des ICD-10-Codes
04	Notationskennzeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !

11 Satzart 215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "215"
01	Leistungs-quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort der Betriebsstätte 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung 1 = BMÄ 2 = E-GO
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig
05	GOP-Wert ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	GOP-Wert stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent
07	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst
08	LB_EURO_GO ambulanz	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent

12 Satzart 219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: In der Satzart 219 teilt der GKV-Spitzenverband der Datenstelle des Bewertungsausschusses die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse mit, diese identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK mit ggf. mehreren Hauptkassen-IK. Dabei existiert zu jedem KVK-IK genau ein Hauptkassen-IK, zu jedem Hauptkassen-IK genau ein Kassensitz-IK. Der Primärschlüssel wird aus den Feldern 01 und 04 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „219“
01	KVK-IK	M	9	numerisch	Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen
02	Hauptkassen-IK*	M	9	numerisch	Das für den Kostenträger ausgewählte Hauptkassen-IK
03	Kassensitz-IK*	M	9	numerisch	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK
04	Stand	M	8	numerisch	Stand der Datenlieferung im Format JJJJMMTT

*) Ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern

13 Satzart 220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart 219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart 220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. Der Primärschlüssel wird aus den Feldern 01 und 08 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant „220“
01	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK gemäß Satzart 219
02	Kostenträger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 01
03	Gültig ab	M	8	numerisch	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagesgenau (Format JJJJMMTT)
04	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJJMMTT), „99991231“ falls aktuell gültig
05	Rechtsnachfolger-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des Rechtsnachfolgers, ggfs. das Kassensitz-IK aus Feld 01
06	Rechtsnachfolger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 05
07	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	≤ 3	alphanum.	AOK = Ortskrankenkassen BKK = Betriebskrankenkassen IKK = Innungskrankenkassen LKK = Landwirtschaftliche Krankenkassen KBS = Knappschaft / Seekasse EK = Ersatzkassen

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	Fusionsstufe	M	≤ 2	numerisch	<p>1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 05-07 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt.</p> <p>2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger.</p> <p>3: Die Kasse ist fusioniert, der direkte Rechtsnachfolger auch. Es gibt eine Fusionskette mit zwei Rechtsnachfolgern. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger.</p> <p>4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.</p>
09	Kassensitz- IK-KV	m	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassensitzlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes, nur angegeben für den Datensatz zu einem Kassensitz- IK mit der jeweils höchsten Fusionsstufe:</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p>
10	Stand	M	8	numerisch	Stand der Datenlieferung im Format JJJJMMTT

14 Hinweise zur Verarbeitung der Daten

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

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhält die erforderlichen Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) und der Betriebsstätten (Betriebsstättennummer) wird von den KVen entsprechend der Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt.
2. Der GKV-Spitzenverband erhält die erforderlichen Daten von den Krankenkassen nach einem vom GKV-Spitzenverband eigenständig abzustimmenden sicheren Übermittlungsverfahren. Die Identität der Versicherten (Versichertennummer) wird von den Krankenkassen entsprechend der Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren verschlüsselt.
3. KBV und GKV-Spitzenverband pseudonymisieren entsprechend der Vorgaben aus dem Pseudonymisierungsverfahren erneut und übermitteln die Daten gemäß der Satzarten jeweils an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.
4. Die Zusammenführung und Qualitätssicherung der versichertenbezogenen Abrechnungs- und Stammdaten erfolgt in der Datenstelle des Bewertungsausschusses nach den Vorgaben der AG IT.

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Anpassung von Lieferungen der arztseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V

mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2011

sowie zur Lieferung von Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditybedingten Gesamtvergütung und von Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme

**mit Wirkung für die Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2012
(Stand: 30.03.2012)**

Inhalt

1	Dateibeschreibung	34
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung.....	34
1.2	Format der Datenübertragung	34
2	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA	35
3	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG	38
4	Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI.....	39

1 Dateibeschreibung

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Pro KV und Berichtsperiode (Abrechnungsquartal bzw. Abrechnungsjahr) wird eine Datei geliefert.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum

Satzart ARZTRG87aREG:

Satzart_KV_Jahr_Erstellungsdatum

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern die Daten in den Satzarten ARZTRG87aREG und ARZTRG87aNVI sowie die Daten der arztseitigen Rechnungslegung je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die Daten in den Satzarten ARZTRG87aREG, ARZTRG87aNVI und ARZTRG87aKA je KV und je Berichtsperiode an den GKV-Spitzenverband sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Zusätzlich zu den Nutzdatsätzen übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Liste der gelieferten Dateien mit deren MD5-Prüfsummen.

1.2 Format der Datenübertragung

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

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

2 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aKA

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aKA“
01	VKNR	M	5	Alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
02	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse
03	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
04	WOP-Kennzeichen	M	2	Alphanum.	WOP-Kennzeichen gemäß PLZ; Wohnausländer werden dem KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet
05	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
06	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
07	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
08	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
09	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
10	KzWert	M	1	Numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP (Valutaeinheit) gemäß Schlüsselverzeichnis 3

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

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aKA

a) Zu Datenfeld 05 (Abrechnungsquartal)

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

b) Zu Datenfeld 11 (MGV_EGV_KZ)

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

c) Zu Datenfeld 14 (LB_Punkte)

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

d) Zu Datenfeld 15 (LB_Euro)

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

e) Zu Datenfeld 16 (LB_EURO_GO)

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

f) Zu Datenfeld 17 (Honorar)

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

3 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aREG

Dateiinhalt:

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aREG“
01	Abrechnungsjahr	M	4	Numerisch	Abrechnungsjahr im Format JJJJ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	Alphanum.	Nummer der im jeweiligen Abrechnungsquartal für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen, die gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im jeweiligen Abrechnungsjahr (mindestens für eine Krankenkasse) der MGV zuzuordnen ist, auch wenn diese Gebührenordnungsposition unter bestimmten Umständen außerhalb der MGV vergütet wird

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aREG

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsjahr)

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

4 Satzbeschreibung – Satzart ARZTRG87aNVI

Dateiinhalt:

Pro Abrechnungsquartal, VKNR, Abrechnungs-IK, Kassenart, Wohnort-KV und GOP wird ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „ARZTRG87aNVI“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJQ
02	VKNR	M	5	Alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
03	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse
04	Kassenart	M	2	Alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1
05	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 2, Wohnausländer werden dem KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet
06	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition, ggf. mit führender Null, ohne Leerzeichen
07	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Häufigkeit der GOP
08	LB_EURO_GO aus nicht vertragskonformer Inanspruchnahme	M	13,2	Dezimal	Summe des auf die Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallenden Leistungsbedarfs je GOP laut regionaler Euro-Gebührenordnung, wie von der KV im Rahmen des gesonderten NVI-Leistungsnachweises übermittelt, in Euro.

Erläuterungen zur Satzart ARZTRG87aNVI

Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

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

Anlage 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten der kassenseitigen Rechnungslegung für Zwecke nach § 87a SGB V, insbesondere zur Ermittlung von KV-spezifischen MGV-Aufsatzwerten

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

Inhalt

1	Dateibeschreibung	41
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung.....	41
1.2	Format der Datenübertragung	41
2	Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV.....	42

1 Dateibeschreibung

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonzvention ist einzuhalten:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben.

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

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

Der GKV-Spitzenverband leitet die Daten je KV und je Berichtsperiode an die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die Daten je KV und je Berichtsperiode an den GKV-Spitzenverband sowie an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Zusätzlich zu den Nutzdatsätzen übermitteln der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Liste der gelieferten Dateien mit deren MD5-Prüfsummen.

1.2 Format der Datenübertragung

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

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

2 Satzbeschreibung – Satzart KASSRG87aMGV

Dateiinhalt:

Von dem jeweiligen Datenlieferanten wird pro Abrechnungsquartal, Abrechnungs-IK und Wohnort-KV ein Datensatz geliefert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	12	Alphanum.	Konstant „KASSRG87aMGV“
01	Datenlieferant	M	1	Alphanum.	Kennzeichnung des originären Lieferanten der Satzart A = KV K = Krankenkasse
02	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
03	Abrechnungs-IK	M	9	Alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse
04	Wohnort-KV	M	2	Alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Abrechnungsquartal gemäß Schlüsselverzeichnis 2, Wohnausländer werden dem KV-Bezirk am Kassensitz zugeordnet
05	Vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Abrechnungsquartal	M	13,1	Dezimal	Insgesamt für das Abrechnungsquartal vereinbarter Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V <u>nach</u> Bereinigung, bewertet in Punkten.
06	Versichertenzahl im Abrechnungsquartal	M	≤ 8	Numerisch	Für die Ermittlung der MGV im Abrechnungsquartal maßgebliche Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk

Erläuterungen zur Satzart KASSRG87aMGV

Zu Datenfeld 02 (Abrechnungsquartal)

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

Anlage 5

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Lieferung der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

**mit Wirkung ab dem Jahr 2012
(Stand: 30.03.2012)**

Inhalt

1	Dateibeschreibung	44
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung.....	44
1.2	Format der Datenübertragung	44
2	Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR.....	45
3	Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP	46

1 Dateibeschreibung

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Satzart_KV_Quartal_Erstellungsdatum

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung liefert die Daten je KV und je Satzart und je Berichtsperiode an das Institut des Bewertungsausschusses. Zusätzlich zu den Nutzdatsätzen wird eine Liste der gelieferten Dateien mit deren MD5-Prüfsummen übermittelt.

1.2 Format der Datenübertragung

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

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

2 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR

Dateiinhalt:

Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxen und Abrechnungsgruppe wird ein Datensatz geliefert.

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

Die Felder 01 bis 03 stehen für die Gliederungsebenen (Primärschlüssel) und die nachfolgenden Felder 04 bis 07 bilden die verschiedenen Kennzahlen ab.

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

Erläuterungen zur Satzart AST_ABRGR

a) Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 20121.

b) Zu Datenfeld 02 (KV am Ort der Arztpraxen)

Es ist diejenige KV zu übermitteln, in deren Bereich die Arztpraxen im jeweiligen Abrechnungsquartal abgerechnet haben.

3 Satzbeschreibung – Satzart AST_ABRGR_GOP

Dateiinhalt:

Pro Abrechnungsquartal, KV am Ort der Arztpraxen, Abrechnungsgruppe, GOP, Einheit und MGV-EGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

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

Die Felder 01 bis 06 stehen für die Gliederungsebenen (Primärschlüssel) und die Felder 07 bis 10 bilden die verschiedenen Kennzahlen ab.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	Alphanum.	Konstant „AST_ABRGR_GOP“
01	Abrechnungsquartal	M	5	Numerisch	Abrechnungsquartal im Format JJJJQ
02	KV am Ort der Arztpraxen	M	2	Alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Abrechnungsgruppe	M	4	Alphanum.	Abrechnungsgruppe der Arztpraxen gemäß Schlüsselverzeichnis 6
04	GOP	M	≤ 6	Alphanum.	Gebührenordnungsposition
05	Einheit	M	1	Numerisch	Kennzeichen für den Wert der Gebührenordnungsposition gemäß Schlüsselverzeichnis 3
06	MGV_EGV_KZ	M	1	Numerisch	Kennzeichen, ob die Gebührenordnungsposition gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im jeweiligen KV-Bereich der MGV oder der EGV zuzuordnen ist 1 = MGV 2 = EGV
07	Anzahl	M	≤ 12	Numerisch	Anzahl der Gebührenordnungsposition nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung
08	LB_Punkte	M	14,1	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Punkten

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	LB_Euro	M	13,2	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro
10	LB_EURO_GO	M	13,2	Dezimal	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Euro

Erläuterungen zur Satzart AST_ABRGR_GOP

a) Zu Datenfeld 01 (Abrechnungsquartal)

Es ist das Abrechnungsquartal zu übermitteln, beginnend mit dem Abrechnungsquartal 20121.

b) Zu Datenfeld 02 (KV am Ort der Arztpraxen)

Es ist diejenige KV zu übermitteln, in deren Bereich die Arztpraxen im jeweiligen Abrechnungsquartal abgerechnet haben.

c) Zu Datenfeld 04 (GOP)

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

d) Zu Datenfeld 06 (MGV_EGV_KZ)

Es ist – unabhängig von Vorgaben auf Bundesebene zur MGV-EGV-Abgrenzung – auszuweisen, ob die jeweilige Gebührenordnungsposition gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im jeweiligen KV-Bereich der MGV oder der EGV zuzuordnen ist.

e) Zu Datenfeld 08 (LB_Punkte)

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

f) Zu Datenfeld 09 (LB_Euro)

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

g) Zu Datenfeld 10 (LB_EURO_GO)

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

Anlage 6

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Lieferung von altersklassen- und geschlechtsbezogenen Versichertenzahlen

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

Inhalt

1	Dateibeschreibung	50
1.1	Form und Sicherung der Datenübertragung.....	50
1.2	Format der Datenübertragung	50
2	Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6.....	51

1 Dateibeschreibung

1.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonzvention ist einzuhalten:

Satzart_Jahr_Erstellungsdatum

Dabei ist das Erstellungsdatum im Format YYYYMMDD anzugeben.

Der GKV-Spitzenverband liefert die Daten je Berichtsperiode an das Institut des Bewertungsausschusses. Zusätzlich zu den Nutzdatsätzen wird eine Liste der gelieferten Dateien mit deren MD5-Prüfsummen übermittelt.

1.2 Format der Datenübertragung

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

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

2 Satzbeschreibung – Satzart ANZVER_KM6

Dateiinhalt:

Pro Kalenderjahr, Betriebsnummer, Wohnort-KV und Alters- und Geschlechtsklasse wird ein Datensatz geliefert.

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

Erläuterungen zur Satzart ANZVER_KM6

Zu Datenfeld 02 (Betriebsnummer):

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

Anlage 7

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Schlüsselverzeichnisse zu Datenlieferungen
gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V**

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

Schlüsselverzeichnis 1 – Kostenträgerarten

Code	Bezeichnung
01	Ortskrankenkassen
02	Landwirtschaftliche Krankenkassen
03	Innungskrankenkassen
04	Betriebskrankenkassen
05	Knappschaft
11	Ersatzkassen

Schlüsselverzeichnis 2 – Kassenärztliche Vereinigungen

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

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

Schlüsselverzeichnis 3 – Valutaeinheit

Code	Bezeichnung
1	Punkte
2	Euro
5	Unbewertet

Schlüsselverzeichnis 4 – Leistungssegmentierung

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

Code	Bezeichnung¹⁾
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706), Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Ab- schnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 40850 und 40852)
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32577X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 32783X**, 32850X**, 32851X**, 32852X**, 32855X**, 32856X**, 32857X**, 33043X, 33044X und 33090X)
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)
A3	Polysomnographie (GOP 30901)
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13622)
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)

Code	Bezeichnung ^{*)}
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860 und 40862)
PAH**	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865 bis 40868)
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872)
H1N1**	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740 und 88741)
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)

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

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

Schlüsselverzeichnis 5 – Zuordnungstabelle zur Aggregation der Leistungssegmentierung

Code gemäß Schlüsselverzeichnis 4	Code der Aggregationsebene	Bezeichnung der Aggregationsebene
RA	SONST	Sonstige Leistungen
N	NOT	Notfall und organisierter Notfalldienst
L	LABORGP	Laborärztliche Grundpauschale
2	REGBUND	Regional und bundesweit vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich \geq 80000 sowie Wegepauschalen
3	BELEG	Belegärztliche Leistungen
4A	AOP	Ambulantes Operieren Kern- und Begleitleistungen
4B	AOP	Ambulantes Operieren Kern- und Begleitleistungen
5A	PRAEV	Prävention
5M	PRAEV	Prävention
7	PRAEV	Prävention

Code gemäß Schlüsselverzeichnis 4	Code der Aggregations-ebene	Bezeichnung der Aggregationsebene
8	VAKUUM	Vakuumstanzbiopsien
9	STRAH	Strahlentherapie
11A	REPRO	Reproduktionsmedizin Kern- und Begleitleistungen
11B	REPRO	Reproduktionsmedizin Kern- und Begleitleistungen
12	REPRO	Reproduktionsmedizin Kern- und Begleitleistungen
S	SUBST	Substitution
A1	SCHMERZ	Schmerztherapie
A2	AKU	Akupunktur
A3	POLYSOM	Polysomnographie
A4	MRTANGIO	MRT-Angiographie
A5	PSYCH	Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie
DS	DS	Dialysesachkosten
LPAA	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
HIV	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
SAPV	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
PAH	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
DEL	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
H1N1	REGBUND	Regional und bundesweit vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich \geq 80000 sowie Wegepauschalen
NHS	PRAEV	Prävention
VZV	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009
DIA	SUBST	Substitution
BAL	NEU	Übrige neue Leistungen ab dem Jahr 2009

Schlüsselverzeichnis 6 – Abrechnungsgruppen der Arztpraxis

ABRGR	Abrechnungsgruppe
0301	Allgemeinmediziner
0303	Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt)
0305	Hausärztliche Internisten
0309	Sonstige Hausärzte
0401	Kinder- und Jugendmedizin
0501	Anästhesiologie

ABRGR	Abrechnungsgruppe
0601	Augenheilkunde
0701	Chirurgie
0801	Gynäkologie
0901	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
1001	Hautarzt
1101	Humangenetik
1201	Laboratoriumsmedizin
1251	Laborgemeinschaften
1301	Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt
1311	Innere Medizin, SP Angiologie
1312	Innere Medizin, SP Endokrinologie
1313	Innere Medizin, SP Gastroenterologie
1314	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
1315	Innere Medizin, SP Kardiologie
1316	Innere Medizin, SP Nephrologie
1317	Innere Medizin, SP Pneumologie
1318	Innere Medizin, SP Rheumatologie
1351	Innere Medizin, schwerpunktübergreifend
1401	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
1501	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
1601	Neurologie
1602	Neurochirurgie
1621	Nervenheilkunde
1701	Nuklearmedizin
1801	Orthopädie
1901	Pathologie
2001	Phoniatrie und Pädaudiologie
2101	Psychiatrie
2201	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie
2202	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2211	Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2212	Ärztliche Psychotherapeuten
2301	Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2302	Psychologische Psychotherapeuten
2303	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie

ABRGR	Abrechnungsgruppe
2304	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten
2309	Fachgruppenübergreifende Praxen, nicht ärztliche Psychotherapeuten
2401	Radiologie
2501	Strahlentherapie
2601	Urologie
2701	Physikalische und Rehabilitative Medizin
9001	Einrichtungen nach § 311 SGB V
9002	Medizinische Versorgungszentren
9251	Fachwissenschaftler
9305	Arztgruppenübergreifende Praxen, hausärztlich
9306	Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich
9307	Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend
9308	Mammographie-Screening-Einheiten
9991	Sonstige Leistungserbringer

Schlüsselverzeichnis 7 – Alters- und Geschlechtsklassen

Code	Beschreibung
AGE01	Weiblich, unter 15 Jahre
AGE02	Weiblich, 15 bis unter 20 Jahre
AGE03	Weiblich, 20 bis unter 25 Jahre
AGE04	Weiblich, 25 bis unter 30 Jahre
AGE05	Weiblich, 30 bis unter 35 Jahre
AGE06	Weiblich, 35 bis unter 40 Jahre
AGE07	Weiblich, 40 bis unter 45 Jahre
AGE08	Weiblich, 45 bis unter 50 Jahre
AGE09	Weiblich, 50 bis unter 55 Jahre
AGE10	Weiblich, 55 bis unter 60 Jahre
AGE11	Weiblich, 60 bis unter 65 Jahre
AGE12	Weiblich, 65 bis unter 70 Jahre
AGE13	Weiblich, 70 bis unter 75 Jahre
AGE14	Weiblich, 75 bis unter 80 Jahre
AGE15	Weiblich, 80 bis unter 85 Jahre
AGE16	Weiblich, 85 bis unter 90 Jahre
AGE17	Weiblich, 90 Jahre und älter

Code	Beschreibung
AGE18	Männlich, unter 15 Jahre
AGE19	Männlich, 15 bis unter 20 Jahre
AGE20	Männlich, 20 bis unter 25 Jahre
AGE21	Männlich, 25 bis unter 30 Jahre
AGE22	Männlich, 30 bis unter 35 Jahre
AGE23	Männlich, 35 bis unter 40 Jahre
AGE24	Männlich, 40 bis unter 45 Jahre
AGE25	Männlich, 45 bis unter 50 Jahre
AGE26	Männlich, 50 bis unter 55 Jahre
AGE27	Männlich, 55 bis unter 60 Jahre
AGE28	Männlich, 60 bis unter 65 Jahre
AGE29	Männlich, 65 bis unter 70 Jahre
AGE30	Männlich, 70 bis unter 75 Jahre
AGE31	Männlich, 75 bis unter 80 Jahre
AGE32	Männlich, 80 bis unter 85 Jahre
AGE33	Männlich, 85 bis unter 90 Jahre
AGE34	Männlich, 90 Jahre und älter

Anlage 8

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen
an den Bewertungsausschuss**

**Version: 5.2
(Stand: 30.03.2012)**

Inhaltsverzeichnis

1	Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Datenübermittlungen mit pseudonymisierungsrelevanten Attributen.....	63
1.1	Geburtstagsstichprobe.....	63
1.2	Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Gesamtvertragspartner	63
1.3	Selektivvertragsdaten	64
1.4	BMG-Berichte sowie Berichte an den Bewertungsausschuss	64
2	Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen	65
2.1	Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	66
2.2	Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtstagsstichprobe“.....	68
2.3	Pseudonymisierungsverfahren der "GSPR"	69
2.4	Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“	69
2.5	Pseudonymisierungsverfahren der Daten für BMG-Berichte bzw. für Berichte an den Bewertungsausschuss	70
3	Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen	72
4	Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen.....	74
5	Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren	75
5.1	Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160.....	75
5.2	Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe.....	75
5.2.1	Versichertennummer (alt/neu)	75
5.2.2	Lebenslange Arztnummer (LANR)	77
5.2.3	Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und Abrechnungsnummer (ANR).....	77
5.3	Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe.....	78
5.4	Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe.....	78
5.5	Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt.....	79
6	Schlüsselmanagement.....	82
6.1	Schlüsselerzeugung	82
6.2	Logistik der Schlüsselverteilung.....	82
6.3	Gültigkeit von Schlüsseln.....	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss	65
Abbildung 2: Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute	66
Abbildung 3: Zweistufiges Pseudonymisierungsverfahren ohne Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch die pseudonymisierten Attribute	67
Abbildung 4: Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)	79
Abbildung 5: Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)	80
Abbildung 6: Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (BSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „Geburtstagsstichprobe“	68
Tabelle 2: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der „GSPR“	69
Tabelle 3: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Datenlieferung aus Selektivverträgen	70
Tabelle 4: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Daten für BMG- Berichte	71
Tabelle 5: Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen	73

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

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

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

1.1 Geburtstagsstichprobe

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

1.2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Gesamtvertragspartner

Grundlage für die Übermittlung ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung⁵, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung⁶, sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (Teil A)⁷. Darin wird festgelegt, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der Geburtstagsstichprobe (vgl. Abschnitt 1.1) bereitzustellen, die diese den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen.

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

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

³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Abschnitt I.

⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

⁷ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A.

1.3 Selektivvertragsdaten

Grundlage für die Übermittlung der „Selektivvertragsdaten“ ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung⁸, fortgeschrieben durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung⁹, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung¹⁰, der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung¹¹, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung¹² sowie der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung¹³. Diese Beschlüsse legen die Datenlieferungen der „Selektivvertragsdaten“ für die Jahre 2009 bis 2012 fest.

1.4 BMG-Berichte sowie Berichte an den Bewertungsausschuss

Grundlage für die Übermittlung der Daten der arztseitigen Rechnungslegung für die Erstellung der BMG-Berichte bzw. der Berichte an den Bewertungsausschuss bis zum Abrechnungsjahr 2011 ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 216. Sitzung¹⁴ zur Vorbereitung der Berichte des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit durch das Institut des Bewertungsausschusses, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 260. Sitzung¹⁵.

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009 zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V an das Institut des Bewertungsausschusses

⁹ Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009, Teil II, Abschnitt 2.8

¹⁰ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil B

¹¹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

¹² Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010, Teil B zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

¹³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gemäß § 87 Abs. 3f SGB V zur Übermittlung von Daten aus Selektivverträgen gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V und von Daten zur Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch Teilnehmer an Selektivverträgen an das Institut des Bewertungsausschusses für die Jahre 2011 und 2012 sowie zur Pseudonymisierung in den vorgenannten Datenübermittlungen

¹⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 216. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 2 und 2 SGB V i. V. m. § 87 Abs. 3a SGB V

¹⁵ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 260. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen bis zum vierten Quartal 2011 gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V i. V. m. § 87 Abs. 3a SGB V zur Vorbereitung der Berichte des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit durch das Institut des Bewertungsausschusses

2 Vereinbarte Datenflüsse und Pseudonymisierungsanforderungen

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

Die Datenlieferungen beziehen sich derzeit auf

- „Geburtstagsstichprobe“ (Erhebungszeitraum ab 2007)
- "Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR) für die Gesamtvertragspartner" (Erhebungszeitraum ab 2007)
- „Selektivvertragsdaten“ (Erhebungszeitraum 2009 bis 2012, ggf. Fortführung)
- „Daten der arztseitigen Rechnungslegung für die Erstellung der BMG-Berichte sowie der Berichte an den Bewertungsausschuss" (Erhebungszeitraum 1/2009 bis 4/2011)

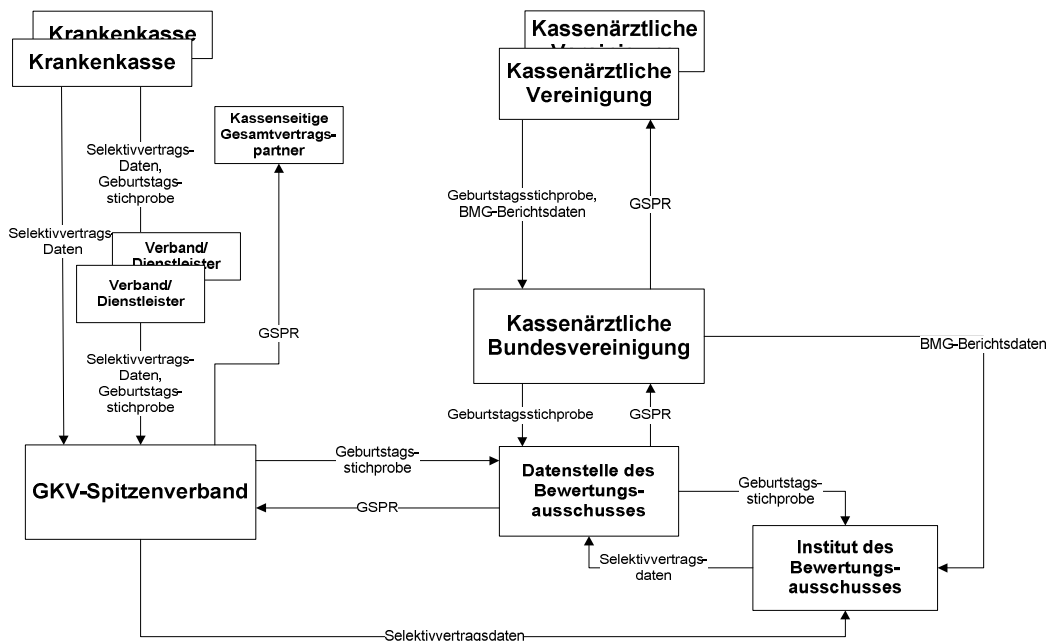


Abbildung 1: Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

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

2.1 Darstellung des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss

Das in Abbildung 2 dargestellte Pseudonymisierungsverfahren bezieht sich auf die Attribute lebenslange Arztnummer, Abrechnungsnummer, Betriebsstättennummer, Nebenbetriebsstättennummer, Krankenversicherertennummer sowie die lebenslange Krankenversicherertennummer und wird für alle Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss zweistufig und für Lieferungen an die Gesamtvertragspartner dreistufig gestaltet.

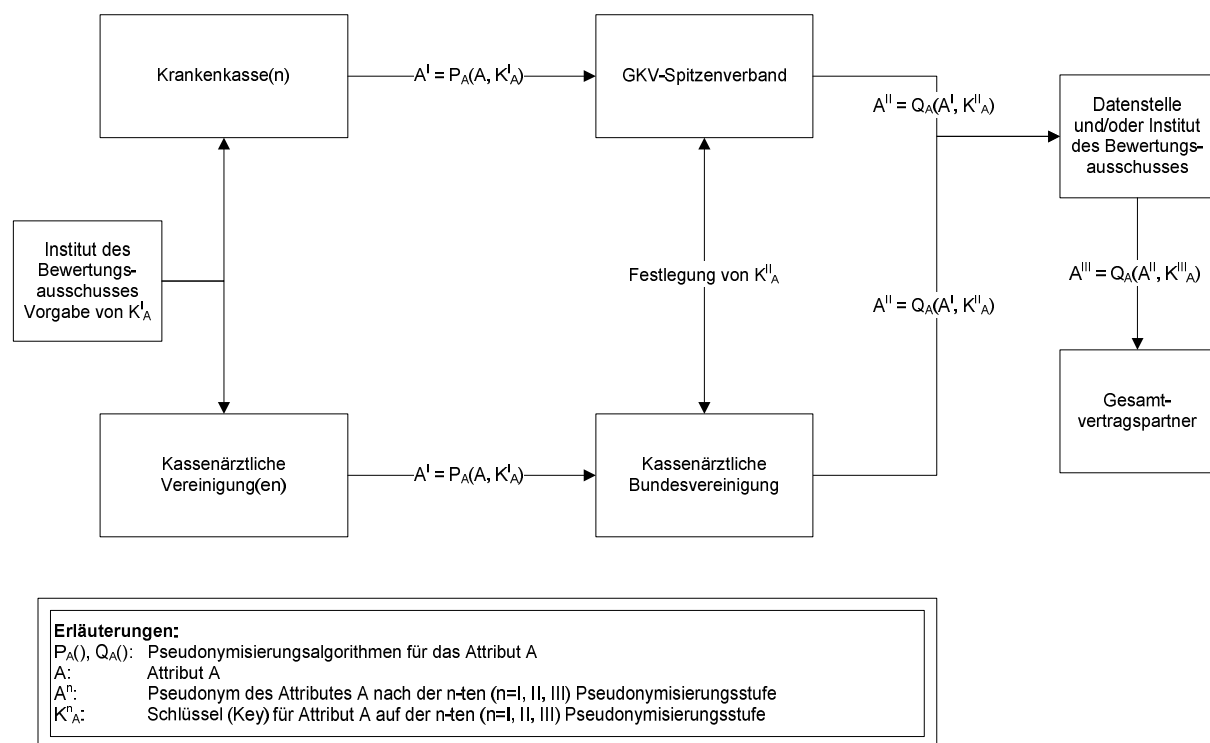


Abbildung 2: Mehrstufiges Pseudonymisierungsverfahren mit Zusammenführungsmöglichkeit der Daten durch einheitlich pseudonymisierte Attribute

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

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

Es ist grundsätzlich vorgesehen, dass das Institut des Bewertungsausschusses den Schlüssel zur Pseudonymisierung auf der ersten Stufe vorgibt. Dieser vom Institut des Bewertungsausschusses vorgegebene Schlüssel auf der ersten Stufe des Pseudonymisierungsverfahrens ist weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) noch dem GKV-Spitzenver-

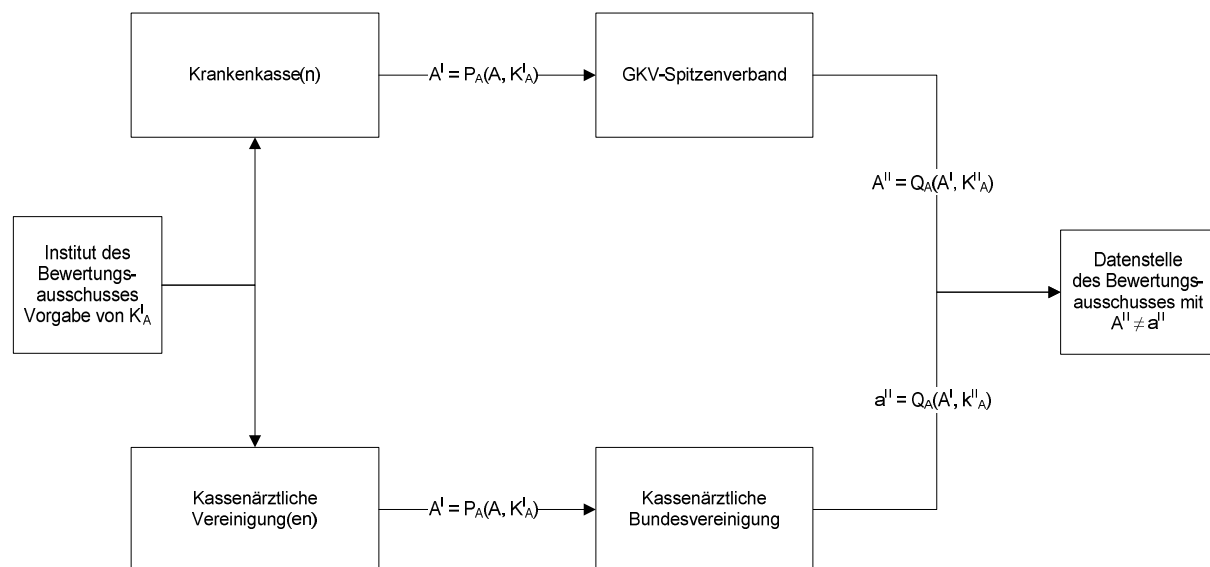
band (GKV-SV) bekannt. Übergangsweise gibt abweichend von diesem grundsätzlichen Vorgehen die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Schlüssel zur Pseudonymisierung der arzt- und praxisbezogenen Attribute (lebenslange Arztnummer, Abrechnungsnummer, Betriebsstättennummer, Nebenbetriebsstättennummer) auf der ersten Stufe vor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitet derzeit die Errichtung einer Vertrauensstelle vor, die für alle datenschutzrechtlich relevanten Datenlieferungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung genutzt werden soll. Nach Inbetriebnahme der Vertrauensstelle ist eine Umstellung der Kennwortvergabe für die entsprechend der Beschlusslage noch relevanten Attribute auf der ersten Stufe, so wie grundsätzlich vorgesehen durch das Institut des Bewertungsausschusses, ab dem ersten Quartal 2013 geplant.

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

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

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

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



Erläuterungen:
 $P_A()$, $Q_A()$: Pseudonymisierungsalgorithmen für das Attribut A
 A: Attribut A
 A^I : Pseudonym des Attributes A nach der n-ten ($n=I, II$) Pseudonymisierungsstufe
 a^II : Pseudonym des Attributes a nach der zweiten Pseudonymisierungsstufe
 K_A^I : Schlüssel (Key) für Attribut A auf der n-ten ($n=I, II$) Pseudonymisierungsstufe
 k_A^II : Schlüssel (Key) für Attribut A für die zweite Pseudonymisierungsstufe

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

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

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

2.2 Pseudonymisierungsverfahren der „Geburtstagsstichprobe“

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

Das versichertenbezogene Merkmal KVNR wird mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 5).

Die arzt- bzw. praxisbezogenen Merkmale (Abrechnungsnummern¹⁶, Betriebsstättennummern, Nebenbetriebsstättennummern und lebenslange Arztnummern¹⁷) werden mit jeweils spezifischen Schlüsseln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung mittels RIPEMD-160 pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 5).

Empfänger der pseudonymisierten Daten ist die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

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

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

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
KVNR	Kasse, KV	InBA	K ^I _{KVNR_GS}	KBV/GKV-SV	K ^{II} _{KVNR_GS}
ANR ¹⁶	KV	KBV	K ^I _{ANR_GS}	KBV	K ^{II} _{ANR_GS}
BSNR	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
NBSNR ¹⁷	KV	KBV	K ^I _{BSNR_GS}	KBV	K ^{II} _{BSNR_GS}
LANR ¹⁷	KV	KBV	K ^I _{LANR_GS}	KBV	K ^{II} _{LANR_GS}

¹⁶ Das Attribut ANR in der "Geburtstagsstichprobe" wurde nur bis (einschließlich) 2. Quartal 2008 übermittelt und danach durch die BSNR ersetzt.

¹⁷ Die Attribute NBSNR und LANR sind ab dem Berichtsjahr 2011 nicht mehr Bestandteil der regulären arztseitigen Lieferungen für die "Geburtstagsstichprobe" und werden nur anlassbezogen nach entsprechender Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss übermittelt.

2.3 Pseudonymisierungsverfahren der "GSPR"

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

Das versichertenbezogene Merkmal KVNR wird mittels des Pseudonymisierungsverfahrens RIPEMD-160 auf der Kassenseite einerseits und auf der Ärzteseite andererseits jeweils zweistufig pseudonymisiert. Zum Zwecke der Anonymisierung erfolgt in der Datenstelle eine dritte Stufe der Verschlüsselung (vgl. Abschnitt 5).

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

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

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

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

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

2.4 Pseudonymisierungsverfahren der „Selektivvertragsdaten“

Zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab dem Jahr 2009 aufgrund der Teilnahme von Versicherten an Selektivverträgen sollen durch die Krankenkassen versichertenindividuelle Daten erhoben werden. Diese Daten werden von jeder selektivvertragsschließenden Kasse an den GKV-Spitzenverband übermittelt, der diese gesammelt dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) für die Arbeiten nach Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Verfügung stellt. Die Datenerhebung bezieht sich auf die Jahrgänge 2009 bis 2012 und wird gegebenenfalls fortgeschrieben.

Die Daten enthalten die Merkmale KVNR, BSNR und LANR, die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses pseudonymisiert übermittelt werden müssen. Es ist dabei vorzusehen, dass die Pseudonyme der KVNR dieser Datenerhebung mit den Pseudonymen aus der „Geburtstagsstichprobe“ identisch sind. BSNR und LANR aus dieser Datenerhebung werden hingegen nicht mit den Daten aus der Geburtstagsstichprobe zusammengeführt.

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

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

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

Um der Forderung nach der versichertenbezogenen Zusammenführbarkeit der Daten aus der „Geburtstagsstichprobe“ mit denen der Datenerhebung zu „Selektivvertragsdaten“ zu genügen, müssen in beiden Erhebungen die Schlüssel für das Attribut KVNR auf der ersten Stufe einerseits und die Schlüssel auf der zweiten Stufe andererseits übereinstimmen.

2.5 Pseudonymisierungsverfahren der Daten für BMG-Berichte bzw. für Berichte an den Bewertungsausschuss

Für die Erstellung der quartalsweisen und jährlichen Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 87 Abs. 3a SGB V bzw. an den Bewertungsausschuss werden Daten aus unterschiedlichen Quellen benötigt, von denen nur die Daten der arztseitigen Rechnungslegung pseudonymisierungsrelevante Attribute enthalten.

Die Daten, die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses beginnend mit dem ersten Quartal 2009 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt werden, können von diesem ausschließlich für die Vorbereitung der Berichte an das BMG bzw. an den Bewertungsausschuss und für die Bearbeitung der in §§ 87, 87a bis 87c SGB V vorgesehenen Aufgaben verwendet werden, die dem Institut des Bewertungsausschusses vom Bewertungsausschuss bzw. vom BMG erteilt werden.

Die für die Erstellung der BMG-Berichte bzw. der Berichte an den Bewertungsausschuss erforderlichen Daten der arztseitigen Rechnungslegung enthalten die BSNR und die LANR als zu pseudonymisierende Attribute, welche von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung überschlüsselt die übermittelten Pseudonyme der BSNR und der LANR und gibt die Daten der damit zweifach pseudonymisierten BSNR bzw. LANR an das Institut des Bewertungsausschusses weiter. Eine Zusammenführbarkeit der Daten für BMG-Berichte mit weiteren Datenkörpern ist nicht vorgesehen.

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

Tabelle 4: Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute der Daten für BMG-Berichte

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

3 Verknüpfbarkeit von Datenlieferungen

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

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

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

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

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

Derzeit sind folgende Verknüpfungen verschiedener Datenlieferungen anhand identischer Schlüssel vorgesehen:

Tabelle 5 Übersicht der Zusammenführungsmöglichkeiten verschiedener Datenlieferungen

Attribut	Stufe	Geburtsstagsstichprobe	GSPR	Daten aus Selektivverträgen	Daten für BMG-Berichte bzw. Berichte an den Bewertungsausschuss
KVNR	1	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}	K ^I _{KVNR_GS}	
	2	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}	K ^{II} _{KVNR_GS}	
	3		K ^{III} _{KVNR_GS}		
ANR ¹⁶ / BSNR/ NBSNR ¹⁷	1	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_GS}	K ^I _{BSNR_SV}	K ^I _{BSNR_BMG}
	2	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_GS}	K ^{II} _{BSNR_SV}	K ^{II} _{BSNR_BMG}
	3		K ^{III} _{BSNR_GS}		
LANR ¹⁷	1	K ^I _{LANR_GS}		K ^I _{LANR_SV}	K ^I _{LANR_BMG}
	2	K ^{II} _{LANR_GS}		K ^{II} _{LANR_SV}	K ^{II} _{LANR_BMG}

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

Daten zur "regionalisierten Geburtsstagsstichprobe für die Gesamtvertragspartner" werden zusätzlich zum Zwecke der Anonymisierung auf einer dritten Stufe verschlüsselt und sind mit keinem der anderen Datenkörper verknüpfbar.

Mit diesem Konzept ist über die Übereinstimmung der Schlüssel auf beiden Stufen die Zusammenführbarkeit von Daten aus der Geburtsstagsstichprobe und aus Selektivverträgen hinsichtlich der pseudonymisierten Versichertennummern vorgesehen.

4 Aufbewahrungsfristen und Löschung von Datenbeständen

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

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

- eine Löschung oder
- eine irreversible Entfernung des Personenbezuges.

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

Die vom Institut durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen erfordern eine Längsschnitteigenschaft der Daten über einen Zeitraum von vier Jahren.

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

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

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

Beispiel:

Im Kalenderjahr 2011 stehen die Daten aus den Berichtsjahren 2007, 2008, 2009 und 2010 zur Verfügung. Darauf basierend werden im InBA und in der Datenstelle des Bewertungsausschusses Auswertungen vorgenommen. Rechtzeitig nach Lieferung und erfolgreicher Qualitätssicherung der Daten zum Berichtsjahr 2011 werden die Daten des Berichtsjahres 2007 gelöscht. Damit liegen zu diesem Zeitpunkt nur noch Daten aus den Berichtsjahren 2008, 2009, 2010 und 2011 vor.

5 Beschreibung der einzelnen Pseudonymisierungsverfahren

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

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

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

5.1 Allgemeine Hinweise zum Hashverfahren RIPEMD-160

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

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

5.2 Durchführung der Pseudonymisierung auf der ersten Stufe

5.2.1 Versichertenummer (alt/neu)

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

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

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

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

Normalisierungsschritt eGK

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

Normalisierungsschritt KVK

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

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

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

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

Ablauf:

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

5.2.2 Lebenslange Arztnummer (LANR)

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

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

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Schlüssel $K_{LANR_GS}^1$ sowie $K_{LANR_BMG}^1$ zur Verfügung.

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt werden die ersten 7 Stellen der LANR mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- b) An diesen Hashwert wird der Schlüssel K_{LANR}^1 als Zeichenkette am Ende angefügt.
- c) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym $LANR^1$ der ersten Stufe darstellt.

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

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

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Schlüssel $K_{BSNR_GS}^1$, $K_{ANR_GS}^1$ und $K_{BSNR_BMG}^1$ zur Verfügung.

Ablauf:

- a) Im ersten Schritt werden die BSNR und ggf. NBSNR bzw. ANR mit dem Algorithmus RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert umgewandelt.
- b) An diesen Hashwert wird der Schlüssel K_{BSNR}^1 bzw. K_{ANR}^1 als Zeichenkette am Ende angefügt.
- c) Die so erhaltene Zeichenkette wird erneut mit RIPEMD-160 in einen 40 Zeichen langen Hashwert überführt, der das Pseudonym $BSNR^1$ bzw. ANR^1 bzw. $NBSNR^1$ der ersten Stufe darstellt.

5.3 Durchführung der Pseudonymisierung auf der zweiten Stufe

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

Ablauf:

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

5.4 Durchführung der Pseudonymisierung auf der dritten Stufe

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

Ablauf:

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

Diese Stufe der Pseudonymisierung kommt nur bei den Daten der "regionalisierten Geburtstagsstichprobe für die Gesamtvertragspartner" zur Anwendung.

5.5 Durchführung der Pseudonymisierung insgesamt

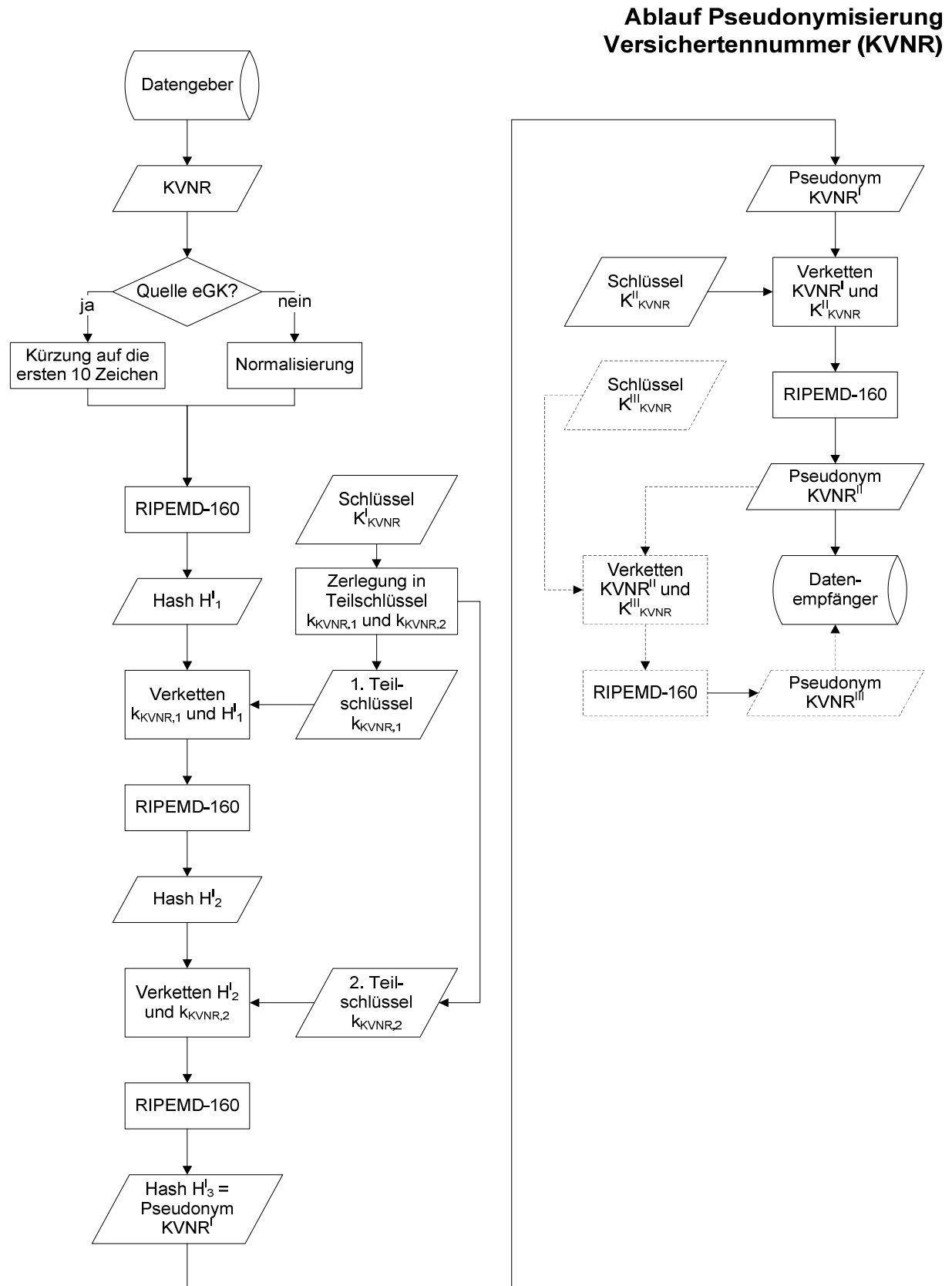


Abbildung 4: Ablauf Pseudonymisierung Versichertennummer (KVNR)

Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

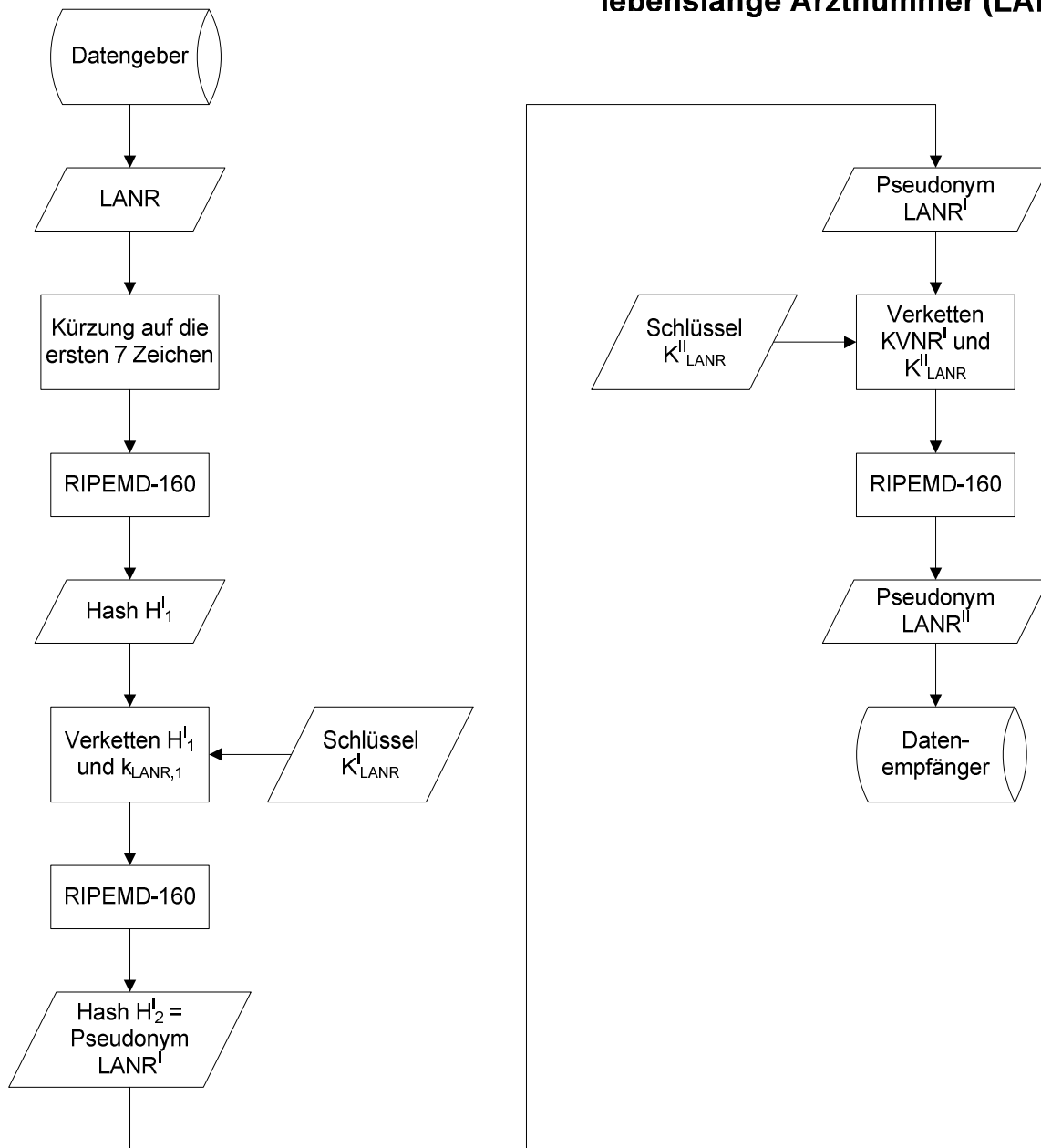


Abbildung 5: Ablauf Pseudonymisierung lebenslange Arztnummer (LANR)

Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR)*

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

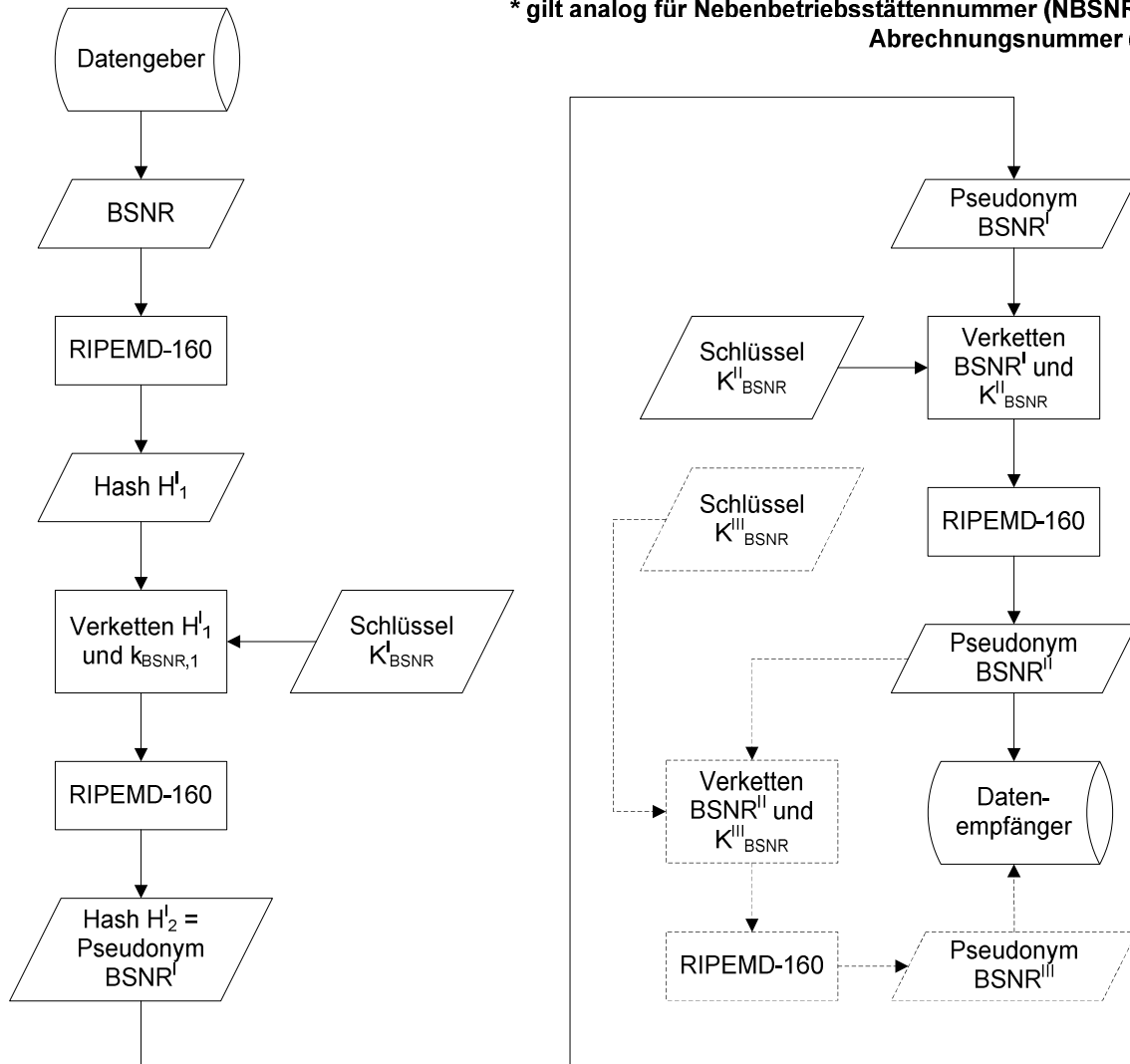


Abbildung 6: Ablauf Pseudonymisierung Betriebsstättennummer (BSNR), Nebenbetriebsstättennummer (BSNR) und Abrechnungsnummer (ANR)

6 Schlüsselmanagement

6.1 Schlüsselerzeugung

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

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

Die Schlüssel der zweiten und dritten Stufe werden zeichenweise gelöst.

6.2 Logistik der Schlüsselverteilung

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

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

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

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

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

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

6.3 Gültigkeit von Schlüsseln

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

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

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

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

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

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

Die Stichprobenauswahl zur Geburtstagsstichprobe und die Schlüsselvergabe zur Pseudonymisierung der Versichertennummern werden miteinander gekoppelt. Dazu wurde für die Berichtsjahre ab 2011 ein rollierendes Panel, bestehend aus jährlichen Erweiterungen und Kürzungen von Auswahlgeburtstagen, konzipiert, das ausführlich in Anlage 1 beschrieben ist.

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

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

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

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