

Lesefassung des B E S C H L U S S E S

**des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V
in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, zuletzt geändert durch den
Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 731. Sitzung
(schriftliche Beschlussfassung)**

Teil A

**zur Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektiv-
verträgen ab dem Berichtsjahr 2018 durch die Krankenkassen über
den GKV-Spitzenverband und durch die Kassenärztlichen
Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung
an die Datenstelle des Bewertungsausschusses
gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V
mit Wirkung zum 1. August 2024**

Präambel

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt im Folgenden gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V das Nähere zu Inhalten, technischen Formaten und Übermittlungsverfahren der Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband und durch die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018. Grundlage des Beschlusses ist zum einen die Umsetzung von Nr. 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen ab dem Jahr 2018 (SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff.) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen. Zum anderen erfolgt die Beschlussfassung zur Vorbereitung der Festlegung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten bezogen auf den Umgang mit Versicherten, die in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren.

I. Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

1. Gegenstand der Datenübermittlung sind nach § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V abgeschlossene Selektivverträge, für die gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 73b Abs. 7 SGB V, § 73c Abs. 6 SGB V a. F., § 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG bzw. § 140d Abs. 2 SGB V a. F. mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018 eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V durchgeführt wird. Gegenstand der Datenübermittlung ist des Weiteren die Übermittlung einer Anzahl von Null in der Satzart 000 gemäß Nr. 3 durch diejenigen Krankenkassen, welche mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018 keine bereinigungsrelevanten Selektivverträge im Sinne von Satz 1 abgeschlossen bzw. ausschließlich von der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts Gebrauch gemacht haben.
2. Die zu übermittelnden Daten geben den Stand aus der Vereinbarung der Partner der Bereinigungsverträge bzw. aus der Entscheidung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs wieder. Soweit ein von den Vorgaben des Bewertungsausschusses abweichendes Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt, gilt die Verpflichtung zur Datenlieferung soweit möglich in unveränderter Form.
3. Sämtliche Krankenkassen erheben jährlich im Jahr t für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 die Anzahl bereinigungsrelevanter Selektivverträge in der Satzart 000 im Rahmen einer Vollerhebung, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018.
4. Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. bereinigenden Krankenkassen erheben für ihren vertrags- und leistungsrechtlichen Zuständigkeitsbereich jährlich im Jahr t für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1
 - a) selektivvertragliche Stammdaten in den Satzarten 001, 003 und 008 jeweils im Rahmen einer Vollerhebung,
 - b) pseudonymisierte versichertenbezogene selektivvertragliche Teilnahmedaten in der Satzart 004 im Rahmen einer Versichertenstichprobe,
 - c) pseudonymisierte versichertenbezogene selektivvertragliche Diagnosedaten in der Satzart 005 im Rahmen einer Versichertenstichprobe, begrenzt auf die Berichtsquartale 1/2018 bis 4/2019 und 1/2021 bis 4/2023 sowie
 - d) selektivvertragliche Teilnehmerzahlen und Differenzbereinigungsmengen in der Satzart 006 im Rahmen einer Vollerhebung,beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018.

Die Stichprobenauswahl nach lit. b) und c) erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten und umfasst die in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. in entsprechenden Folgebeschlüssen für das jeweilige Berichtsjahr bezeichneten Kalendertage eines jeden Monats.

5. Die Krankenkassen übermitteln die nach Nr. 3 und nach Nr. 4 lit. a) bis d) erhobenen Daten für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister jährlich bis zum 15. Oktober des Jahres t an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. Oktober 2019. Die Übermittlung der Daten nach Nr. 4 lit. c) für die Berichtsquartale 1/2021 bis 4/2022 erfolgt hiervon abweichend bis zum 15. Oktober 2023. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch den GKV-Spitzenverband vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen. Der GKV-Spitzenverband führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Krankenkassen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband zu liefern sind.
6. Der GKV-Spitzenverband leitet die nach Nr. 5 eingegangenen und zusammengeführten Daten jährlich spätestens bis zum 15. November des Jahres t an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. November 2019. Die Weiterleitung der Daten nach Nr. 4 lit. c) für die Berichtsquartale 1/2021 bis 4/2022 erfolgt hiervon abweichend gemäß der Protokollnotiz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Festlegung der im zweiten Untersuchungsschritt zu untersuchenden Varianten durch die AG Gruppenanpassung in dem zur Umsetzung dieser Varianten benötigten Umfang.
7. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln pseudonymisierte versichertenbezogene selektivvertragliche Teilnahmedaten in der Satzart 014 im Rahmen einer Versichertenstichprobe jährlich für die vier Berichtsquartale des Jahres t-1 bis zum 15. Oktober des Jahres t an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. Oktober 2019. Grundlage hierfür sind die von den Krankenkassen je Bereinigungsquartal und Selektivvertrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten korrigierten Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen). Für die Stichprobenauswahl gilt Nr. 4 Satz 2 entsprechend. Der Lieferung ist eine Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung dieser Daten gemäß einem durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorzugebenden Prüfkatalog beizufügen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die eingegangenen Daten zusammen und fordert bei Bedarf bei den Kassenärztlichen Vereinigungen korrigierte Daten an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt

Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu liefern sind.

8. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach Nr. 7 eingegangenen und zusammengeführten Daten jährlich spätestens bis zum 15. November des Jahres t an die Datenstelle des Bewertungsausschusses weiter, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 15. November 2019. Ferner übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung mit Kennzeichnung als nicht vertragskonforme Inanspruchnahme in der Satzart 210_NVI für die Berichtsquartale 1/2021 bis 4/2022 gemäß der Protokollnotiz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Festlegung der im zweiten Untersuchungsschritt zu untersuchenden Varianten durch die AG Grouperanpassung in dem zur Umsetzung dieser Varianten benötigten Umfang an die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt zudem die Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung mit Kennzeichnung als nicht vertragskonforme Inanspruchnahme in der Satzart 210_NVI für die Berichtsquartale 1/2023 bis 4/2023 bis zum 15. November 2024 an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.
9. Das Institut des Bewertungsausschusses führt die gemäß Nr. 6 in der Datenstelle des Bewertungsausschusses eingegangenen Daten mit den gemäß Nr. 8 in der Datenstelle des Bewertungsausschusses eingegangenen Daten zusammen, erstellt hierzu in Abstimmung mit der AG IT des Bewertungsausschusses Qualitätssicherungsauswertungen und stellt diese in Form von kassenspezifischen und KV-spezifischen Übersichten jährlich bis zum 10. Dezember des Jahres t den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Verfügung, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum 10. Dezember 2019. Die Bereitstellung der Qualitätssicherungsauswertungen für die Daten nach Nr. 4 lit. c) und der Satzart 210_NVI für die Berichtsquartale 1/2021 bis 4/2022 erfolgt hiervon abweichend innerhalb von 8 Arbeitstagen nach deren Eingang.
10. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung fordern unter Berücksichtigung der Auswertungen nach Nr. 9 bei Bedarf korrigierte Daten von den Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen an, die unverzüglich in Form einer Austauschlieferung mitsamt Bestätigung der positiven Qualitätsprüfung an den GKV-Spitzenverband bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu liefern sind.
11. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermitteln bei Bedarf jährlich bis zum 15. Februar des Jahres $t+1$ Korrekturen zu den gemäß den Nrn. 6 und 8 gelieferten Daten in Form einer Austauschlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, beginnend mit den Berichtsquartalen 1/2018 bis 4/2018 bis zum

15. Februar 2020. Abweichend hiervon übermitteln die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bei Bedarf innerhalb von 4 Wochen, spätestens aber bis zum 25. März 2024 Korrekturen in Form einer Austauschdatenlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses für die Daten nach Nr. 4 lit. c) und der Satzart 210_NVI für die Berichtsquartale 1/2021 bis 4/2022.

12. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in der Anlage zu Teil A definierten Datensatzbeschreibung.

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

II. Pseudonymisierung

Die Datenlieferungen gemäß Teil A unterliegen den in Nr. 2 der Anlage zu Teil A beschriebenen Vorgaben des Pseudonymisierungsverfahrens gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung.

III. Schlüsselverzeichnisse

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

IV. Zweckbindung

Die Daten gemäß Teil A können durch das Institut des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung der Festlegung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten bezogen auf den Umgang mit Versicherten, die in mindestens einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag eingeschrieben waren, sowie zur Weiterentwicklung der Vorgaben gemäß § 87 Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs verwendet werden. Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können die Daten gemäß Teil A durch das Institut des Bewertungsausschusses auch über Satz 1 hinausgehend zu weiteren Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden.

Anlage zu Teil A: Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

Teil B

zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen ab dem Berichtsjahr 2018 durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V

mit Wirkung zum 29. März 2019

Präambel

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V die Zusammenführung der zuletzt in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, beschlossenen anlassbezogenen Datenübermittlung zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen mit der zuletzt in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 beschlossenen Übermittlung von Daten zu den Gesamtbereinigungsmengen von Selektivverträgen zu einer einheitlichen Datenübermittlung mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018. Im Folgenden trifft der Erweiterte Bewertungsausschuss die näheren Festlegungen zu Inhalten, technischen Formaten und Übermittlungsverfahren der Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen durch die Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018.

I. Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

1. Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. bereinigenden Krankenkassen erheben für ihren vertrags- und leistungsrechtlichen Zuständigkeitsbereich jährlich im Jahr t für die vier Berichts quartale des Jahres t-2 sowie für die vier Berichts quartale des Jahres t-1 die Höhe der im jeweiligen Berichts quartal von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abzusetzenden bzw. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hinzuzusetzenden Differenzbereinigungsmengen und die Höhe der deklaratorischen Bereinigungsmengen, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2018 bis 4/2019, sowie für die vier Berichts quartale des Jahres t-2 die aktuellste für das jeweilige Bereinigungs quartal festgestellte Höhe der Gesamtbereinigungsmengen, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2018 bis 4/2018, aufgrund der Einschreibung von Versicherten in nach § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. sowie § 140a SGB V abgeschlossene Selektivverträge.
2. Die Krankenkassen übermitteln die nach Nr. 1 für das Jahr t-2 und für das Jahr t-1 erhobenen Daten jährlich jeweils bis zum 8. Juli des Jahres t gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister an den GKV-Spitzenverband, beginnend mit den Berichts quartalen 1/2018 bis 4/2019 bis zum 8. Juli 2020. Die Differenzbereinigungsmengen und deklaratorischen Bereinigungsmengen für das Jahr t-2 sind nur zu übermitteln, sofern diese Daten gegenüber dem Stand aus der entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1 gemäß Abschnitt III. Nr. 2 Satz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, bzw. gemäß Teil B Abschnitt I. Nr. 2 Satz 1 des vorliegenden Beschlusses bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen einen aktuelleren Stand aufweisen. Die Gesamtbereinigungsmengen für das Jahr t-2 sind in jedem Fall zu übermitteln.
3. Der GKV-Spitzenverband führt die nach Nr. 2 an ihn übermittelten Daten, ggf. unter Berücksichtigung der entsprechenden Datenlieferung aus dem Jahr t-1, zusammen und leitet diese in der Satzart SV_BE innerhalb von sieben Kalendertagen an das Institut des Bewertungsausschusses weiter.
4. Die Datenlieferungen nach diesem Abschnitt erfolgen gemäß der in der Anlage zu Teil B definierten Datensatzbeschreibung.
5. Für die durchzuführenden Auswertungen und Berechnungen werden die Daten nach diesem Abschnitt beim Institut des Bewertungsausschusses solange aufbewahrt, wie es der jeweilige Verwendungszweck erfordert, längstens allerdings für zehn Jahre, und anschließend gelöscht.

II. Schlüsselverzeichnisse

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

III. Zweckbindung

Die Daten gemäß Teil B können durch das Institut des Bewertungsausschusses zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anwendung, Überprüfung und Weiterentwicklung des datengestützten Verfahrens zur regelhaften Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2020 stehen. Außerdem können diese Daten durch das Institut des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der Vorgaben gemäß § 87 Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs verwendet werden. Auf einvernehmlichen Auftrag durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses können die Daten gemäß Teil B durch das Institut des Bewertungsausschusses auch über die Sätze 1 und 2 hinausgehend zu weiteren Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden.

Anlage zu Teil B: Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die Krankenkassen an die Partner der Gesamtverträge sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V

mit Wirkung ab dem Lieferjahr 2020

Aufgrund von Teil B des vorliegenden Beschlusses beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss die Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, zu anlassbezogenen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und durch die Krankenkassen an die Partner der Gesamtverträge sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses und an die jeweils andere Trägerorganisation des Bewertungsausschusses zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung und Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2017 gemäß § 87 Abs. 2e und Abs. 2g SGB V mit Wirkung für Datenlieferungen ab dem Jahr 2020 wie folgt:

1. Streichung des Abschnitts III.

Die nachfolgenden Abschnitte IV. bis VIII. werden zu den Abschnitten III. bis VII.

2. Änderung im neuen Abschnitt V.

In Nr. 1 wird die Angabe „Abschnitten I. bis IV.“ durch die Angabe „Abschnitten I. bis III.“ ersetzt.

3. Änderung im neuen Abschnitt VI.

Die Angabe „Abschnitten I. bis IV.“ wird durch die Angabe „Abschnitten I. bis III.“ ersetzt.

4. Änderung in der Protokollnotiz

Im ersten Satz wird die Angabe „Abschnitt VI. Nr. 2“ durch die Angabe „Abschnitt V. Nr. 2“ ersetzt.

5. Streichung der Anlage 2

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch Teil C des vorliegenden Beschlusses geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 393. Sitzung am 29. März 2017, erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Anlage

zu Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 731. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zu bereinigungsrelevanten Selektivverträgen

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

(Stand: 1. August 2024)

Inhalt

1	Erhebungsumfang	13
2	Vorgaben zur Pseudonymisierung.....	13
2.1	Pseudonymisierung der Versichertennummer	13
2.2	Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen.....	13
3	Dateibeschreibung	14
3.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	14
3.2	Format der Datenübertragung	15
4	Satzart 000 – Meldung der Anzahl von Verträgen	16
5	Satzart 001 – Vertragsstammdaten	18
6	Satzart 003 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals	21
7	Satzart 004 / Satzart 014 – Teilnehmende Versicherte.....	22
8	Satzart 005 – Diagnosen in der selektivvertraglichen Versorgung	25
9	Satzart 006 – Vertragsbezogene Teilnehmerzahlen und Differenzbereinigungsmengen.....	27
10	Satzart 008 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereinigungsquartals.....	31
11	Satzart 210_NVI – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	32

1 Erhebungsumfang

Den **Satzarten 000, 001, 003, 006 und 008** liegt eine **Vollerhebung** zugrunde.

Grundlage der **Satzarten 004, 005, 014 und 210_NVI** ist eine **Versichertenstichprobe**. Die Stichprobenauswahl erfolgt nach dem Geburtstag der Versicherten als kalenderjährlich rollierendes Panel und umfasst die in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen für das jeweilige Berichtsjahr bezeichneten Kalendertage eines jeden Monats.

2 Vorgaben zur Pseudonymisierung

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

2.1 Pseudonymisierung der Versichertennummer

Die Pseudonymisierung des unveränderlichen Teils der lebenslangen Versichertennummer (eGK) der nachfolgend definierten Satzarten 004, 005 und 014 erfolgt auf der ersten Stufe mit dem vom Institut des Bewertungsausschusses festzulegenden Schlüssel $K^I_{KVNR_GS}$ und auf der zweiten Stufe mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband gemeinsam festzulegenden Schlüssel $K^{II}_{KVNR_GS}$ gemäß Abschnitt 2.3 des Pseudonymisierungsverfahrens für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss entsprechend der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen. Diese Schlüssel sind auf der jeweiligen Stufe geburtskalendertagsspezifisch und bezogen auf den jeweiligen Geburtskalendertag jahresübergreifend identisch.

Diese Vorgabe ist anzuwenden auf:

- Datenfeld 04 (PersonenID) in Satzart 004
- Datenfeld 04 (PersonenID) in Satzart 005
- Datenfeld 04 (PersonenID) in Satzart 014

2.2 Verknüpfbarkeit zu anderen Datenlieferungen

Die Schlüssel auf der ersten und der zweiten Stufe der Pseudonymisierung sind identisch mit denen der Geburtstagsstichprobe für das jeweilige Berichtsjahr, sodass eine versichertenbezogene Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute dieser Datenlieferung mit den Pseudonymen der Geburtstagsstichprobe gewährleistet ist.

Übersicht der zu pseudonymisierenden Attribute für die Übermittlung der Daten dieser Anlage

Attribut	Lieferant	Schlüssel 1. Stufe		Schlüssel 2. Stufe	
		Erzeugung/ Verteilung	Schlüssel	Erzeugung	Schlüssel
eGK	Kasse, KV	InBA	$K^I_{KVNR_GS}$	KBV/GKV-SV	$K^{II}_{KVNR_GS}$

3 Dateibeschreibung

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

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

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

3.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Für Datenübermittlungen von den Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Dienstleistern über den GKV-Spitzenverband an die Datenstelle des Bewertungsausschusses:

Satzart 000:

Satzart_Quartal_Kassensitz-IK.Version

Satzarten 001, 003, 004, 005, 006, 008:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_Kassensitz-IK.Version

Für Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses:

Satzart 014:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_KV.Version

Satzart 210_NVI:

Satzart_Quartal.Version

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Vertragskennung 25-stellig alphanumerisch

(Angabe ggf. durch Anfügung von Unterstrichen immer mit einer Länge von genau 25 Zeichen, bei Lieferung der Daten verschiedener Verträge in einer Datei Angabe von 25 Unterstrichen anstelle der Vertragskennung),

Satzart drei- bzw. siebenstellig alphanumerisch

(000, 001, 003, 004, 005, 006, 008, 014, 210_NVI),

Quartal Berichtsquartal, fünfstellig numerisch

(20181, 20182, ...),

Kassensitz-IK neunstellig alphanumerisch

(gemäß Schlüsselverzeichnis 8),

KV gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung, zweistellig alphanumerisch

(gemäß Schlüsselverzeichnis 2),
Version Dateityp, dreistellig alphanumerisch
(fortlaufende Nummerierung der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen, beginnend mit „001“).

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

3.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, bspw. weil es als K=Kann-Feld oder m=bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu übermitteln, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei #-Zeichen aufeinander.

4 Satzart 000 – Meldung der Anzahl von Verträgen

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Die Satzart 000 ist als Vollerhebung zu liefern.</p> <p>Von jeder gesetzlichen Krankenkasse ist für das jeweilige Bereinigungsquartal pro Vertragsart zu melden, wie viele bestehende Selektivverträge, welche gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 73b Abs. 7 SGB V, § 73c Abs. 6 SGB V a. F., § 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG bzw. § 140d Abs. 2 SGB V a. F. in mindestens einem KV-Bereich bereinigungsrelevant sind, diese Krankenkasse abgeschlossen hat. In die Meldung sind auch Selektivverträge einzubeziehen, für welche das deklaratorische Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt. Insofern eine Krankenkasse zum jeweiligen Quartal und zur jeweiligen Vertragsart keine bereinigungsrelevanten Selektivverträge abgeschlossen bzw. zum jeweiligen Quartal und zur jeweiligen Vertragsart in sämtlichen betroffenen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirken von der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts Gebrauch gemacht hat, ist die Anzahl der Selektivverträge in diesem Quartal und für diese Vertragsart mit 0 zu melden („Leermeldung“).</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Vollständigkeit: Für jede einzelne Krankenkasse sind je Quartal genau vier Datensätze in dieser Satzart zu melden. Die Anzahl der von einer Krankenkasse in Feld 04 der Satzart 000 pro Quartal und Vertragsart gemeldeten bereinigungsrelevanten Selektivverträge muss der für diese Krankenkasse in der Satzart 001 pro Quartal und Vertragsart gemeldeten Anzahl der distinkten Vertragskennungen entsprechen.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „000“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8
03	Vertragsart	M	1	numerisch	Gesetzliche Grundlage des Vertrages 1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) 2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V a. F.) 3 = Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V a. F.) bzw. Besondere Versorgung (§ 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG) 4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Anzahl der Verträge	M	≤ 3	numerisch	<p>Anzahl der bereinigungsrelevanten Selektivverträge in den einzelnen Vertragsarten <u>ohne</u> Verträge, für welche ausschließlich das deklaratorische Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt.</p> <p>Insoweit in der Satzart 001 für das jeweilige Quartal zu einer Vertragsart kein Selektivvertrag zu melden ist, ist die Anzahl 0 zu übermitteln.</p>
05	Anzahl der Verträge mit deklaratorischer Bereinigung	m	≤ 3	numerisch	<p>Anzahl der bereinigungsrelevanten Selektivverträge in den einzelnen Vertragsarten, für welche – auch oder ausschließlich – das deklaratorische Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt.</p> <p>Hinweis: Ein und derselbe Selektivvertrag, bei welchem sowohl ein reguläres Bereinigungsverfahren als auch das deklaratorische Bereinigungsverfahren zur Anwendung kommt (z. B. in unterschiedlichen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirken), ist sowohl in Feld 04 als auch in Feld 05 zu zählen.</p> <p>Sofern die Bereinigungsvorgaben des Bewertungsausschusses für das Bereinigungsquartal die Möglichkeit zur deklaratorischen Bereinigung nicht mehr vorsehen, ist das Feld leer zu übermitteln.</p>

5 Satzart 001 – Vertragsstammdaten

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Die Satzart 001 ist als Vollerhebung zu liefern. Für jeden bestehenden Selektivvertrag, der gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 73b Abs. 7 SGB V, § 73c Abs. 6 SGB V a. F., § 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG bzw. § 140d Abs. 2 SGB V a. F. bereinigungsrelevant ist, ist pro Bereinigungsquartal und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern. Selektivverträge, für welche in <u>sämtlichen</u> betroffenen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirken von der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts Gebrauch gemacht wird, sind nicht in die Datenlieferung einzubeziehen. Selektivverträge, für welche <u>nur in einigen</u> betroffenen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirken von der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts Gebrauch gemacht wird, sind in die Datenlieferung einzubeziehen.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig und dient der Verknüpfung mit den Satzarten 003, 004, 005, 006 und 008.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „001“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse. Die quartals- und jahresübergreifende Eindeutigkeit für ein und denselben Selektivvertrag muss innerhalb der Kasse gewährleistet sein.
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8
04	Vertragsbeginn	M	8	numerisch	Vertragsbeginn im Format JJJJMMTT. Der Vertragsbeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
05	Vertragsende	M	8	numerisch	Vertragsende im Format JJJJMMTT. Das Vertragsende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Vertragsart	M	1	numerisch	<p>Gesetzliche Grundlage des Vertrages</p> <p>1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)</p> <p>2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V a. F.)</p> <p>3 = Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V a. F.) bzw. Besondere Versorgung (§ 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG)</p> <p>4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)</p>
07	Vertragsbezeichnung	K	≤ 70	alphanum.	(Kurz-)Bezeichnung des Selektivvertrages
08	KV	M	17	alphanum.	<p>Vektordarstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen.</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert einen definierten KV-Bezirk und gibt diesen als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob in diesem KV-Bezirk mindestens eine Arztpraxis am jeweiligen Selektivvertrag teilnimmt. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:</p> <p>0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 17 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert:</p> <p>1 = Schleswig-Holstein 2 = Hamburg 3 = Bremen 4 = Niedersachsen 5 = Westfalen-Lippe 6 = Nordrhein 7 = Hessen 8 = Rheinland-Pfalz 9 = Baden-Württemberg</p>

Feld Nr.	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
					10 = Bayerns 11 = Berlin 12 = Saarland 13 = Meckl.-Vorpommern 14 = Brandenburg 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen 17 = Sachsen Der Vektor hat somit eine feste Breite von genau 17 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.

6 Satzart 003 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahres- quartals

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 003 ist als Vollerhebung zu liefern. Für jeden in Satzart 001 gemeldeten Selektivvertrag ist für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse und gesamtvertragszuständiger KV ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Die Kombination der Felder 01 bis 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „003“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus Satzart 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes aus Satzart 001
04	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nr. der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.

7 Satzart 004 / Satzart 014 – Teilnehmende Versicherte

Dateiinhalte:

Abgrenzung: Die Satzart 004 ist von den Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Dienstleistern über den GKV-Spitzenverband an die Datenstelle des Bewertungsausschusses als **Versichertenstichprobe** zu liefern. Die Satzart 014 ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses als **Versichertenstichprobe** zu liefern.

Die auf dem Pseudonym des unveränderlichen Teils der lebenslangen Krankenversicherungsnummer beruhende PersonenID (Feld 04) wird nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen pseudonymisiert.

Für Datenlieferungen durch die Krankenkassen gilt: Für jeden in Satzart 001 gemeldeten Selektivvertrag ist für jeden in die Versichertenstichprobe gemäß Teil A Abschnitt I. Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses einbezogenen, am jeweiligen Selektivvertrag definitiv (d. h. unter Berücksichtigung von Stornierungen) teilnehmenden Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer (Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer) pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern. In die Datenlieferung sind die im jeweiligen Bereinigungsquartal bereinigt teilnehmenden Versicherten einschließlich der aktuellen Teilnehmer, für die bereits im entsprechenden Quartal eines Vorjahres bereinigt wurde, einzubeziehen.

Für Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt: Für jeden in die Versichertenstichprobe gemäß Teil A Abschnitt I. Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses einbezogenen, am jeweiligen bereinigungsrelevanten Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag definitiv (d. h. unter Berücksichtigung von Stornierungen) teilnehmenden Versicherten (Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer) mit lebenslanger Versichertennummer (PersonenID) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern. Grundlage hierfür sind die von den Krankenkassen je Bereinigungsquartal und Selektivvertrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten korrigierten Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen).

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Für Datenlieferungen durch die Krankenkassen gilt: Die Kombination der Felder 01 bis 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001. Die Kombination der Felder 01 bis 04 dient der Verknüpfung mit Satzart 005. Die Kombination der Felder 01 bis 03 und 05 dient der Verknüpfung mit Satzart 006.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	„004“ für Datenlieferungen durch die Krankenkassen „014“ für Datenlieferungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal des Jahres t-1, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse Im Falle von Datenlieferungen durch die Krankenkassen: Vertragskennung aus Satzart 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8
04	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. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereiniungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
05	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nr. der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
06	Teilnahmebeginn	m	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereiniungsquartals liegen. Bei Anwendung eines Bereiniungsverfahrens gemäß den Vorgaben nach den Nrn. 6.1 und 6.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereiniungsvorgaben 2018 ff. bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen kann diese Angabe entfallen, sofern sie nicht vorliegt.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Teilnahmeende	m	8	numerisch	<p>Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT.</p> <p>Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.</p> <p>Bei Anwendung eines Bereinigungsverfahrens gemäß den Vorgaben nach den Nrn. 6.1 und 6.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsverfahren 2018 ff. bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen kann diese Angabe entfallen, sofern sie nicht vorliegt.</p>
08	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	<p>Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat.</p> <p>Auswahl der Geburtskalendertage gemäß Teil A Abschnitt I. Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses. Die Angabe bestimmt die Wahl des Schlüssels zur Pseudonymisierung der PersonenID.</p>
09	Geburtsjahr	M	4	numerisch	<p>Kalenderjahr des Geburtstags des Versicherten, im Format JJJJ</p>
10	Geschlecht	M	1	numerisch	<p>1 = männlich 2 = weiblich 3 = unbestimmt 4 = divers (erst ab dem Bereinigungsquartal 4/2019 zulässig)</p>

8 Satzart 005 – Diagnosen in der selektivvertraglichen Versorgung

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Satzart 005 ist als **Versichertenstichprobe** zu liefern.

Je Diagnose im Rahmen der selektivvertraglichen Leistungsanspruchnahme eines in die Versichertenstichprobe einbezogenen Versicherten mit lebenslanger Versichertennummer ist ein Datensatz zu liefern. Die Diagnosen sind gemäß § 295 Abs. 1b SGB V zu übermitteln.

Primärschlüssel: Die Diagnosen werden nummeriert (Feld 05). Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Die Kombination der Felder 01 bis 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001. Die Kombination der Felder 01 bis 04 dient der Verknüpfung mit Satzart 004.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „005“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus Satzart 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes aus Satzart 001
04	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. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
05	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen, beginnend mit „1“
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 7	alphanum.	Angabe eines Diagnose-Kodes, wie in der selektivvertraglichen Abrechnung enthalten

Feld Nr.	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Diagnosesicher- heit	m	1	alphanum.	A = ausgeschlossene Diag- nose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose Im Falle der Übermittlung des Ersatzwertes UUU für die Diagnose in Feld 06 ist in Feld 07 kein Eintrag zu übermitteln.
08	Seitenlokalisa- tion	K	1	alphanum.	B = beidseitig L = links R = rechts
09	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat. Auswahl der Geburtskalender- tage gemäß Teil A Abschnitt I. Nr. 4 des vorliegenden Be- schlusses. Die Angabe be- stimmt die Wahl des Schlüs- sels zur Pseudonymisierung der PersonenID.

9 Satzart 006 – Vertragsbezogene Teilnehmerzahlen und Differenzbereinigungsmengen

Dateiinhalte:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 006 ist als Vollerhebung zu liefern. Für jeden in Satzart 001 gemeldeten Selektivvertrag ist pro Bereinigungsquartal, Krankenkasse und gesamtvertragszuständiger KV ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig und dient der Verknüpfung mit Satzart 004. Die Kombination der Felder 01 bis 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „006“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus Satzart 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes aus Satzart 001
04	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nr. der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
05	Bereinigungstyp	M	1	numerisch	Angewendetes Bereinigungsverfahren (s. Erläuterungen unterhalb der Tabelle): 1 = Bereinigungsverfahren gemäß den Vorgaben nach Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff. 2 = Bereinigungsverfahren gemäß den Vorgaben nach Nr. 6.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff. 3 = Bereinigungsverfahren gemäß den Vorgaben nach Nr. 6.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in sei-

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
					ner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff. 9 = sonst
06	Teilnehmerzahl mit Bereinigung	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Bereinigungsquartal und im Bereich der gesamtvertragszuständigen KV bereinigt teilnehmenden Versicherten (Bestandsteilnehmer und Neueinschreiber). Es sind auch die aktuellen Teilnehmer zu zählen, für die bereits im entsprechenden Quartal eines Vorjahres bereinigt wurde.
07	Teilnehmerzahl ohne Bereinigung	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Bereinigungsquartal und im Bereich der gesamtvertragszuständigen KV teilnehmenden Versicherten (unabhängig vom Einschreibzeitpunkt), die weder für dieses Bereinigungsquartal noch für die entsprechenden Quartale der Vorjahre in das Bereinigungsverfahren im entsprechenden Bereich der gesamtvertragszuständigen KV eingegangen sind. Teilnehmer, die mit einem Bereinigungsbetrag von 0 in der Bereinigung berücksichtigt wurden, sind hier <u>nicht</u> zu zählen.
08	Differenzbereinigungsmenge	M	13,1	dezimal	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber abzüglich Rückbereinigungsmenge für Rückkehrer zuzüglich Differenzbereinigungsmenge aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs abzüglich Differenzbereinigungsmenge aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs in Punkten (s. Erläuterungen unterhalb der Tabelle).

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
					Negative Werte sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen. max. 13 relevante Stellen, kaufmännisch gerundet auf 1 Nachkommastelle

Erläuterungen zur Satzart 006

a) Zu Datenfeld 05 (Bereinigungstyp):

- **Ausprägung „1“:**
 Bereinigungsverfahren bei Verträgen mit einem Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben
- **Ausprägung „2“:**
 Bereinigungsverfahren bei Verträgen mit einem nicht auf Dauer ausgelegten Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel nicht bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben
- **Ausprägung „3“:**
 Bereinigungsverfahren bei Verträgen mit einem auf Dauer ausgelegten Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel nicht bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben
- **Ausprägung „9“:**
 Sonstiges Bereinigungsverfahren

b) Zu Datenfeld 08 (Differenzbereinigungsmenge):

- **Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „1“ übermittelt wird:**
 Für das Bereinigungsquartal aktuell berechneter **zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten für Neueinschreiber** gemäß Nr. 5.4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff., **abzüglich des absoluten Betrags der für das Bereinigungsquartal festgestellten Rückbereinigungsmenge in Punkten für Rückkehrer** gemäß Nr. 5.4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff., **zuzüglich der für das Bereinigungsquartal festgestellten Differenzbereinigungsmenge in Punkten für Bestandsteilnehmer aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs** gemäß Nr. 5.3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff., **abzüglich der für das Bereinigungsquartal festgestellten absoluten Differenzbereinigungsmenge in Punkten für Bestandsteilnehmer aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs** gemäß Nr. 5.3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff.

- **Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „2“ übermittelt wird:**
Differenzbereinigungsvolumen (positiv wie negativ) in Punkten für Verträge mit situativer Teilnahme von Versicherten gemäß Nr. 6.1 Ziffern 7 und 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff.
- **Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „3“ übermittelt wird:**
Differenzbereinigungsvolumen (positiv wie negativ) in Punkten für Verträge mit situativer Teilnahme von Versicherten gemäß Nr. 6.2 Ziffern 7 und 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff.
- **Für den Fall, dass in Feld 05 der Wert „9“ übermittelt wird:**
Für das Bereinigungsquartal aktuell berechnete **Differenzbereinigungsmenge (positiv wie negativ) in Punkten.**

10 Satzart 008 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereini- gungsquartals

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Satzart 008 ist als Vollerhebung zu liefern. Für jeden in Satzart 001 gemeldeten Selektivvertrag ist für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Bereini- gungsquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der regional vereinbarten morbidi- tätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) pro Bereini- gungsquartal, Selektivvertrag, Kranken- kasse und gesamtvertragszuständiger KV ein Datensatz zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeu- tig. Die Kombination der Felder 01 bis 03 dient der Verknüpfung mit Satzart 001.</p>

Feld Nr.	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant „008“
01	Bereini- gungs- quartal	M	5	numerisch	Bereini- gungsquartal des Jah- res t-1 im Format JJJJQ
02	Vertragsken- nung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragsken- nung der Krankenkasse aus Satzart 001
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes aus Satzart 001
04	Gesamtvertrags- zuständige KV	M	2	alphanum.	Nr. der gesamtvertragszustän- digen Kassenärztlichen Verei- nigung gemäß Schlüsselver- zeichnis 2
05	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Ver- sorgungsauftrag entspre- chende Gebührenordnungsposi- tion des EBM des Bereini- gungsquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>inner- halb</u> der für das Bereini- gungs- quartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.

11 Satzart 210_NVI – Gebührenordnungspositionen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jeden Datensatz der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen) gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bei dem die betreffende Gebührenordnungsposition im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme abgerechnet wurde, wird genau ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft diesen mit dem entsprechenden Datensatz der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen).

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „;“ getrennt.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	7	numerisch	konstant „210_NVI“
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Fall_ID	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld „Fall_ID“ der Satzart 202 (KV-Fall)
03	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler aus dem Feld „GOP-Zähler“ der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen)
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig

Anlage

zu Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019

Datensatzbeschreibung zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen

mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2018

(Stand: 29. März 2019)

Inhalt

1	Erhebungsumfang	34
2	Dateibeschreibung	34
2.1	Form und Sicherung der Datenübertragung	34
2.2	Format der Datenübertragung	35
3	Satzart SV_BE – Vertragsübergreifende Bereinigungsmengen	36

1 Erhebungsumfang

Der **Satzart SV_BE** liegt eine **Vollerhebung** zugrunde.

2 Dateibeschreibung

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

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

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

2.1 Form und Sicherung der Datenübertragung

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Bei Datenübermittlungen von den Krankenkassen bzw. den von ihnen beauftragten Dienstleistern an den GKV-Spitzenverband:

Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_Lieferanten-IK.Version

Bei Datenübermittlungen vom GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses:

Satzart_Quartal_Kassensitz-IK.Version

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Satzart konstant alphanumerisch

(SV_BE),

Quartal Berichtsquartal, fünfstellig numerisch

(20181, 20182, ...),

Kassensitz-IK neunstellig alphanumerisch

(gemäß Schlüsselverzeichnis 8),

Lieferanten-IK neunstellig alphanumerisch,

Version Dateityp, dreistellig alphanumerisch

(fortlaufende Nummerierung der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen, beginnend mit „001“).

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

2.2 Format der Datenübertragung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, bspw. weil es als K=Kann-Feld oder m=bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu übermitteln, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei #-Zeichen aufeinander.

3 Satzart SV_BE – Vertragsübergreifende Bereinigungsmengen

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Die Satzart SV_BE ist als Vollerhebung zu liefern. Pro Bereinigungsquartal des Jahres t-2 bzw. t-1, gesamtvertragszuständiger KV und Krankenkasse wird höchstens ein Datensatz geliefert. Differenzbereinigungsmengen und Gesamtbereinigungsmengen, die einen Abzug von der MGV bedeuten, sind mit positivem Vorzeichen (+) auszuweisen. Differenzbereinigungsmengen und Gesamtbereinigungsmengen, die einen Aufschlag auf die MGV bedeuten, sind mit negativem Vorzeichen (-) auszuweisen.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p>	

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „SV_BE“
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal des Jahres t-2 bzw. des Jahres t-1 im Format JJJJQ
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 8
03	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nr. der gesamtvertragszuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Differenzbereinigungsmenge	M	≤ 12	numerisch	Angabe der Differenzbereinigungsmenge in vollen Punkten unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens
05	Gesamtbereinigungsmenge	m	≤ 12	numerisch	Angabe der Gesamtbereinigungsmenge in vollen Punkten unter Berücksichtigung des positiven oder negativen Vorzeichens. Das Feld ist für die Bereinigungsquartale des Vorvorjahres des Lieferjahres (t-2) zwingend zu befüllen und für die Bereinigungsquartale des Vorjahres des Lieferjahres (t-1) leer zu übermitteln.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Bereinigungs- menge_deklara- torisch	m	≤ 12	numerisch	Angabe der deklaratorischen Bereinigungs- menge in vollen Punkten unter Berücksichti- gung des positiven oder nega- tiven Vorzeichens. Sofern die Bereinigungs- vorgaben des Bewertungsausschus- ses für das Bereinigungs- quartal die Möglichkeit zur deklaratorischen Bereinigung nicht mehr vorsehen, ist das Feld leer zu übermitteln.

Erläuterungen zur Satzart SV_BE

Zu Datenfeld 06 (Gesamtbereinigungsmenge):

Der Wert ist die vertragsübergreifende Summe der folgenden Werte gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu SV-Bereinigungsvorgaben 2018 ff. bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen:

- Summe der gemäß Nr. 7.2 festgestellten Gesamtbereinigungsmengen für nach den Nrn. 4.5 und 5 bereinigte Selektivverträge
- Produkt aus der Anzahl der den Selektivvertrag im Bereinigungsquartal in Anspruch nehmenden Versicherten gemäß Nr. 6.1 Ziffer 5. und der zugehörigen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Patient gemäß Nr. 6.1 Ziffer 6. für nach den Nrn. 4.5 und 6.1 bereinigte Selektivverträge
- Die sich unter Berücksichtigung der Risikoadjustierung ergebenden Produkte der gemäß Nr. 6.2 Ziffer 5. gemeldeten Teilnehmerzahl im Bereinigungsquartal und der zugehörigen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Teilnehmer gemäß Nr. 6.2 Ziffer 6. für nach den Nrn. 4.5 und 6.2 bereinigte Selektivverträge.

Hierbei ist der aktuellste für das jeweilige Bereinigungsquartal des Jahres t-2 festgestellte Wert zu übermitteln.