Lesefassung des

B E S C H L U S S E S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 651. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2023

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V. Ab dem Jahr 2023 sind die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen aus offenen Sprechstunden unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigen, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt.

1. Zeitvorgaben und Verortung der Bereinigung

Die basiswirksame Bereinigung der Behandlungsbedarfe in den einzelnen KV-Bezirken erfolgt durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise mit Wirkung ab dem ersten Quartal des Jahres 2023 im Rahmen der kassenseitigen Rechnungslegung zum jeweiligen Quartal. Dabei wird jeweils der gemäß Nr. 7 ermittelte Bereinigungsbetrag am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, oder entsprechenden Folgebeschlüssen, basiswirksam abgezogen.

2. Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind diejenigen sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung zu einem Quartal vom Arzt abgerechnet, als offene Sprechstunde gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V gekennzeichnet und außerhalb der MGV vergütet werden, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt. Zur Vermeidung von Doppelbereinigung wird das Bereinigungsvolumen zudem um etwaige in Vorjahren im jeweiligen Vorjahresquartalsvergleich eingetretene Rückgänge des arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens dieser Leistungen um mehr als 3 Prozent reduziert.

Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, sowie die Leistungen des Kapitels 32, sind nicht zu bereinigen.

Leistungen von Teilnehmern an Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V (inkl. nicht vertragskonformer Inanspruchnahme) sind beim Vergleich auszuschließen, wenn der Versicherte in einem der beiden Quartale an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen hat, der für die jeweilige Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 gilt.

Die Gesamtvertragspartner können einvernehmlich auf den Ausschluss der Leistungen von Selektivvertragsteilnehmern verzichten.

Für beide zu vergleichenden Zeiträume ist die MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals zugrunde zu legen.

Davon ausgenommen sind zwischenzeitlich neu eingeführte Leistungen, die im aktuellen Quartal nicht zu berücksichtigen sind.

Bis einschließlich dem Bereinigungsquartal 4/2023 sind gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal erfolgte Einbudgetierungen im aktuellen Quartal nicht zu berücksichtigen.

Die jeweiligen Gesamtvertragspartner verständigen sich einvernehmlich über den rechnerischen Umgang mit etwaigen EBM-Bewertungsänderungen. Dies setzt voraus, dass den Krankenkassen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sämtliche hierzu erforderlichen Daten und Berechnungen zur Verfügung gestellt werden.

3. Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmengen

Grundsätzlich wird für jede Arztgruppe gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä quartalsweise sowohl für das aktuelle Quartal als auch für das Vorjahresquartal die Summe der gemäß Nr. 2

zu bereinigenden Leistungsmengen in Punkten für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk ermittelt. Dabei werden in Euro bewertete Leistungen mittels regionalem Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet. Für folgende Arztgruppen werden Arztgruppenkombinationen gebildet, die bei dem Vergleich zusammen betrachtet werden:

- Die Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 7 und Kapitel 18 EBM sowie
- die Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 16 und Kapitel 21 EBM.

Folgende Zuordnungstabelle gibt die Zugehörigkeit der 8. und 9. Stelle der LANR zu den EBM-Kapiteln bzw. Arztgruppenkombinationen vor:

Arztgruppen für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde	Arztgruppe nach Nr. 1 der Präambel zu	entspricht dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 4 und 7 SGB V
01	Kapitel 06	05
02	Kapitel 07 und 18	06 bis 14
03	Kapitel 08	15 bis 18
04	Kapitel 09	19
05	Kapitel 10	21
06	Kapitel 16 und 21	51 bis 53, 58, 59
07	Kapitel 26	67

Für jede Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle wird das so bestimmte Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals um 3 Prozent erhöht, durch die Versichertenzahl des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert und mit der Versichertenzahl des Bereinigungsquartals multipliziert. Die vorläufige zu bereinigende Leistungsmenge wird bestimmt als Differenz des für das aktuelle Quartal bestimmten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens und des so angepassten Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals. Sofern diese Differenz für eine Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle negativ ist, wird sie auf null gesetzt.

Die zu bereinigende Leistungsmenge wird schließlich endgültig bestimmt, indem von der vorläufigen zu bereinigenden Leistungsmenge der vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 8 auf seiner Internetseite für das Vorjahresquartal

ausgewiesene und hinsichtlich des Kassenwechslereffekts, der Versichertenzahländerung und des arithmetischen Mittelwerts der jeweils empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate sowie weiterer basiswirksamer prozentualer Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortgeschriebene Verrechnungsbetrag abgezogen und eine negative Differenz wiederum auf null gesetzt wird.

4. Bestimmung von Verrechnungsbeträgen

KV- und quartalsweise wird je in Nr. 3 aufgeführter Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination das wie in Nr. 3 für das Vorjahresquartal bestimmte Punktzahlvolumen um 3 Prozent abgesenkt, durch die Versichertenzahl des Vorjahresquartals dividiert und mit der Versichertenzahl des Bereinigungsquartals multipliziert. Von dem so angepassten Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals wird das wie in Nr. 3 für das aktuelle Quartal bestimmte arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen abgezogen. Sofern diese Differenz für eine Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 negativ ist, wird sie auf null gesetzt. Hiervon wird zudem die Differenz zwischen der vorläufigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 und der endgültigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 abgezogen.

Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die so ermittelte Punktzahl als Teil der nach Nr. 7 zu übermittelnden Excel-Mappe an das Institut des Bewertungsausschusses zur Fortschreibung des Verrechnungsbetrags zur zukünftigen Vermeidung von Doppelbereinigung.

5. Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals

Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten der Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 werden bestimmt als deren Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch deren Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals, jeweils in der Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals.

6. Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die gemäß Nr. 5 bestimmten Quoten gegenüber den Krankenkassen wie folgt nachzuweisen:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln gemäß § 87a Abs. 6 SGB V quartalsweise beginnend für das Quartal 1/2022 jeweils bis zum ersten Tag des zwölften auf das Quartal folgenden Monats die nach Krankenkassen gegliederten Leistungsbedarfs- und Honorarsummen in der Satzart AUSZQ2 gemäß Nr. 1 der Anlage über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 2. Mai 2023.

Die Daten werden vom Institut des Bewertungsausschusses geprüft und nach der jeweiligen Kassenart und dem jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirk sowie nach den Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 gegliedert in der Satzart AUSZQ2_IK gemäß Nr. 2 der Anlage sowie nach den Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 gegliedert und nach dem jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirk aufsummiert in der Satzart AUSZQ2_SUM gemäß Nr. 3 der Anlage bis zum vierzehnten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 15. Mai 2023.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten die Daten ihrerseits jeweils bis zum achtundzwanzigsten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V weiter. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 30. Mai 2023.

Die Datenübermittlungen an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses erfolgen gemäß den in Nr. 4 der Anlage beschriebenen technischen Festlegungen.

7. Ermittlung der quartalsbezogenen Bereinigungsmengen

Für jede Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination wird die gemäß Nr. 3 bestimmte zu bereinigende Leistungsmenge mit der gemäß Nr. 5 bestimmten Auszahlungsquote der jeweiligen Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination des Vorjahresquartals multipliziert. Sofern die so ermittelte Bereinigungsmenge zusammen mit den bisherigen Bereinigungen der jeweiligen Quartale in den Vorjahren, fortgeschrieben auf das aktuelle Quartal, den Wert von 17,5 % des mit der Auszahlungsquote des Vorjahresquartals multiplizierten MGV-Leistungsbedarfs dieser Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination zuzüglich des Leistungsbedarfs von Leistungen dieser Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V der MGV zugehörig wären, im aktuellen Quartal (also eine Bereinigungsquote von 17,5 Prozent) übersteigt, wird die Bereinigungsmenge um den

Überstiegsbetrag vermindert; sollte die verminderte Bereinigungsmenge negativ sein, wird diese auf null gesetzt. Bei der Fortschreibung auf das aktuelle Quartal sind die jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen. In den Quartalen des Jahres 2023 erfolgt die Bestimmung der bisherigen Bereinigungen einer Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination wie folgt: Die arztgruppenspezifische Leistungsmenge in Punkten von Leistungen des Vorjahresquartals, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V der MGV zugehörig wären, wird mit der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals sowie mit einem arztgruppenübergreifenden Bereinigungskorrekturfaktor multipliziert. Dieser KV- und quartalsspezifische Bereinigungskorrekturfaktor berechnet sich als Quotient aus der Summe der rechnerischen Bereinigungsmengen über die Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen und dem vom Institut des Bewertungsausschusses bestimmten und in einem separaten Blatt der Excel-Tabelle gemäß Nr. 8 mitgeteilten KV- und quartalsspezifischen tatsächlichen Bereinigungsvolumen für offene Sprechstunden.

Die Summe der so bestimmten Werte über alle Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen ergibt nach erfolgter Rückrechnung der gemäß Aufsatzwertebeschluss im Bereinigungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal noch vorzunehmenden Anpassungen hinsichtlich der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen und basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag des aktuellen Quartals in Punkten. Dieser wird gemäß Nr. 1 mit Wirkung für das aktuelle Quartal basiswirksam vom Behandlungsbedarf abgezogen.

Den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern ist im Rahmen der Rechnungslegung der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Hierzu ist die gemäß Nr. 8 auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses bereitgestellte Rechentabelle zu verwenden.

Darüber hinaus übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen diese ausgefüllten Excel-Tabellen jeweils gemäß § 87 Abs. 3f SGB V über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses, welches diese jeweils der AG Aufsatzwerte zur Verfügung stellt.

8. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut berichtet der AG Aufsatzwerte KV- und quartalsbezogen je Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 die Bereinigungsmengen, die Bereinigungsquoten, die Verrechnungsbeträge und die Leistungsbedarfsentwicklung.

Zudem veröffentlicht das Institut auf seiner Internetseite quartalsweise je KV-Bezirk und Arztgruppenkombination spätestens 9 Monate nach Quartalsende die Verrechnungsbeträge zur Vermeidung von Doppelbereinigung. Diese ermittelt das Institut des Bewertungsausschusses jeweils wie folgt: Zu dem für das jeweilige Vorjahresquartal ermittelten und hinsichtlich des Kassenwechslereffekts, der Versichertenzahländerung und des arithmetischen Mittelwerts der jeweils empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate sowie weiterer basiswirksamer prozentualer Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortgeschriebenen Verrechnungsbetrag wird die gemäß Nr. 4 von der Kassenärztlichen Vereinigung für das aktuelle Quartal übermittelte Differenz aus dem im aktuellen Quartal festgestellten Rückgang und dem im aktuellen Quartal aus Vorjahresquartalen aufgebrauchten Verrechnungsbetrag hinzuaddiert. Sofern die zu veröffentlichenden Verrechnungsbeträge zur Vermeidung von Doppelbereinigung negativ sind, werden sie auf null gesetzt.

Des Weiteren veröffentlicht das Institut auf seiner Internetseite eine in Abstimmung mit der AG Aufsatzwerte zu erstellende Excel-Tabelle, die den dargestellten Rechenweg abbildet.

Protokollnotiz:

1. Die Gesamtvertragspartner prüfen bei einer Änderung der MGV-Abgrenzung gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal, ob die gemäß Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses an das Institut des Bewertungsausschusses zu übermittelnden Verrechnungsbeträge aufgrund dieser Änderung der MGV-Abgrenzung anzupassen sind.
2. Der Bewertungsausschuss wird bei gravierenden Änderungen der MGV-Abgrenzung oder des Leistungsbedarfs einer Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination bezogen auf generell oder ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V der MGV zugehörige Leistungen prüfen, ob bei der Bestimmung der Bereinigungsquote gemäß Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Anlage: Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der Nachweise der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der Nachweise der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Inhalt

1 Satzart AUSZQ2 10
2 Satzart AUSZQ2_IK 12
3 Satzart AUSZQ2_SUM 14
4 Festlegungen zur Datenübermittlung an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses 15

1 Satzart AUSZQ2

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, KV am Ort der Arztpraxis, Arztgruppe, Krankenkasse und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	6	alphanum.	konstant „AUSZQ2“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe in der Gliederung nach dem Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe
05	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
06	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
08	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
09	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro

2 Satzart AUSZQ2_IK

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, KV am Ort der Arztpraxis, Arztgruppe, Krankenkasse und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „AUSZQ2_IK“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 dieses Beschlusses
05	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
06	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
08	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
09	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro
10	Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1, durch das Institut anhand des Abrechnungs-IKs unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes gemäß Satzart 220 der GSP zu ermitteln
11	Datenempfänger	M	9	alphanum.	IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung

3 Satzart AUSZQ2_SUM

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, Arztgruppe und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	alphanum.	konstant „AUSZQ2_SUM“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertrags-zuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 dieses Beschlusses
04	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
05	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
06	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro

4 Festlegungen zur Datenübermittlung an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

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.

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

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

AUSZQ2_KV1_Quartal_Lieferdatum.csv

bzw.

AUSZQ2_SUM_KV2_Quartal_Lieferdatum.csv

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

AUSZQ2_IK_KV2_Quartal_Lieferdatum.csv

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

AUSZQ2_IK_KV2_Quartal_Lieferdatum_Kassenart_Datenempfänger.csv

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

KV1 und KV2 zweistellig alphanumerisch (gemäß Schlüsselverzeichnis 2)
mit KV1: KV am Ort der Arztpraxis
KV2: gesamtvertragszuständige KV,

Quartal fünfstellig numerisch
(JJJJQ),

Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJJMMTT),

Kassenart alphanumerisch
(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),

Datenempfänger neunstellig alphanumerisch
(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCCC; für Primärkassen: konstant 000000000)