

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Übermittlung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a durch die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sowie zur Weiterleitung an die Kassenärztli- che Bundesvereinigung, das Institut des Bewertungsausschusses und die Kassenärztlichen Vereinigungen

mit Wirkung zum 1. April 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 (Beschluss Teil B) zur Verbesserung der Qualität und Transparenz der gemeldeten Versichertenzahlen (Satzart ANZVER87a) beschlossen, dass die bis zum Quartal 1/2012 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, in der Satzart ANZVER87c4 erfolgende Meldung der Versichertenzahlen mit Wirkung ab dem Quartal 2/2012 durch die Meldung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a ersetzt wird.

Auf dieser Grundlage beschließt der Bewertungsausschuss die Schnittstellenbeschreibung zur Meldung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Quartal 2/2012 entsprechend der Anlage.

Die Meldung der Versichertenzahlen für das zweite und dritte Quartal 2012 erfolgt dabei abweichend von Abschnitt II. und III. des Beschluss Teil B aus der 263. Sitzung des Bewertungsausschusses unter Berücksichtigung aller bis zum Abzugszeitpunkt eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungstichtag erster der Monate April bis September 2012 0:00 Uhr betreffen, bis zum 20. des sechsten Monats nach Veröffentlichung dieses Beschlusses an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten bis zum 23. des sechsten Monats nach Veröffentlichung dieses Beschlusses an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Institut des Bewertungsausschusses meldet, wobei die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese Daten bis zum 25. des sechsten Monats nach Veröffentlichung dieses Beschlusses an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt.

Anlage: Schnittstellenbeschreibung zur Meldung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Quartal 2/2012

**Schnittstellenbeschreibung zur Meldung der Versichertenzahlen
in der Satzart ANZVER87a gemäß
Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner
277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Quartal 2/2012

Version: 1.0
Stand: 04.04.2012

Inhalt

1	Gegenstand der Datenübermittlung	3
2	Dateibeschreibung	3
3	Satzart ANZVER87a – Versichertenzahlen	4

1 Gegenstand der Datenübermittlung

Die Krankenkassen melden ab dem Quartal 2/2012 monats- und quartalsweise die Zahl der Versicherten in der Satzart ANZVER87a gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, über ihre Verbände bzw. Dienstleister an den GKV-Spitzenverband, welcher die an ihn gemeldeten Daten gesammelt an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Institut des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet ihrerseits die ihr gemeldeten Daten jeweils regionalisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter.

2 Dateibeschreibung

Die Daten sind jeweils in einer 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. Die Darstellung von numerischen Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne führende Nullen. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Bei den Datenlieferungen ist in den FeldNrn. 05 bis 20 eine kaufmännische Rundung auf 0 Nachkommastellen vorzunehmen.

Folgende Dateinamenskonvention ist vorgesehen:

Satzart_Quartal_Kassenart_Erstellungsdatum

(Format: ANZVER87a_JJJJQ_KKKK_JJJMMTT)

wobei das Kassenartenkürzel AOK, BKK, IKK, KBS, LKK oder vdek ist.

Zur Prüfung der Vollständigkeit der Daten ist jeder Datei ein Vorlaufsatz voranzustellen, der folgende durch das Trennzeichen „#“ getrennte Felder in einer Zeile enthält:

Satzart (alphanumerisch 9-stellig)

Quartal (numerisch 5-stellig)

Anzahl der Nutzdatensätze (numerisch 10-stellig)

Summe der in Feld 17 der Nutzdatensätze in dieser Datei gelieferten Versichertenzahlen (numerisch 8-stellig)

3 Satzart ANZVER87a – Versichertenzahlen

Dateiumfang:
Abgrenzung: Pro Hauptkassen-IK, Quartal und KV ist ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant "ANZVER87a"
01	Erstellungsdatum	M	8	numerisch	Erstellungsdatum der einzelnen Erst-/ Korrekturdatenlieferungen im Format JJJJMMTT, wie im Dateinamen angegeben.
02	Hauptkassen-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Hauptkassen-IK), bestehend aus den Ziffern 0 bis 9
03	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
04	KV	M	2	alphanum.	Unten angegebene Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person, zugeordnet jeweils nach der in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahl über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen; bei Wohnausländern Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Sitz der Krankenkasse. 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Anzahl Versicherte im ersten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
06	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im ersten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 05 im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
07	Anzahl Wohnausländer im ersten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
08	Anzahl betreuter Personen im ersten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im ersten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Jan./Apr./Jul./Okt.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
09	Anzahl Versicherte im zweiten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
10	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im zweiten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 09 im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
11	Anzahl Wohnausländer im zweiten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist, (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
12	Anzahl betreuter Personen im zweiten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im zweiten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Feb./Mai/Aug./Nov.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
13	Anzahl Versicherte im dritten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
14	Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung im dritten Monat des Quartals (Davon-Ausweis)	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 13 im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
15	Anzahl Wohnausländer im dritten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse), im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
16	Anzahl betreuter Personen im dritten Monat des Quartals	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk im dritten Monat innerhalb des zu meldenden Quartals (Mrz./Jun./Sep./Dez.). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
17	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
18	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung (Davon-Ausweis)	K	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Feld 17. Das Feld ist nur zu übermitteln, soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist. Hierüber verständigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
19	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Wohnausländer	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der Versicherten mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Zuordnung zum KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse). Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).
20	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen	M	≤ 8	numerisch	Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl der im Auftrag der Sozialhilfeträger betreuten Personen nach § 264 SGB V je KV-Bezirk. Für fehlende Werte ist das Feld leer zu übermitteln (Missing-Kennzeichen).

Erläuterungen zur Satzart ANZVER87a

a) Zu Feld 03 (Quartal)

Monatliche Versichertenzahlen und durchschnittliche quartalsbezogene Versichertenzahlen sind beginnend mit dem Quartal 20122 zu übermitteln.

b) Zu Feldern 05 bis 20 (Versicherte/Versicherte mit Kostenerstattung als Davon-Ausweis/ Wohnausländer/betreute Personen)

Die Meldung der monatlichen und quartalsdurchschnittlichen Zahl der Versicherten erfolgt im quartalsweisen Lieferturnus separat für

- a) Versicherte mit Wohnort in Deutschland (Felder 05, 09, 13, 17),
- b) Versicherte mit Wohnort in Deutschland, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V generell oder für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben, als Davon-Ausweis zu Buchstabe a), soweit dies gemäß der jeweiligen gesamtvertraglichen Regelung notwendig ist (Felder 06, 10, 14, 18),
- c) Versicherte mit Wohnort im Ausland, definiert als Versicherte, in deren bei der Krankenkasse gespeicherten Adressdaten ein Wohnsitz mit nichtdeutschem Länderkennzeichen hinterlegt ist (Felder 07, 11, 15, 19) sowie
- d) im Auftrag der Sozialhilfeträger betreute Personen nach § 264 SGB V (Felder 08, 12, 16, 20).

Die Zuordnung der Zahl der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der für die Versicherten zu den Erhebungstichtagen in den Bestandsführungssystemen der Krankenkassen gespeicherten Postleitzahlen des Wohnortes über die von der KBV zur Erstellung der KM6 bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen. Weicht der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V (Familienversicherung) von dem des jeweiligen Mitgliedes ab, ist der Wohnort des Versicherten nach § 10 SGB V zu berücksichtigen. Versicherte mit Wohnort im Ausland sind in dieser Datenlieferung dem KV-Bezirk am Sitz der Krankenkasse zuzuordnen.

Erhebungstichtag für die Zahl der Versicherten ist der erste eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungstichtag betreffen, zu berücksichtigen (dies gilt auch für Korrekturmeldungen).

Sollten bestimmte Werte zum Zeitpunkt der Datenlieferung aus irgend welchen Gründen fehlen, so ist an deren Stelle ein leeres Feld zu übermitteln (Missing-Kennzeichen), d.h. mit zwei direkt aufeinander folgenden Feldtrennzeichen bzw. einem unmittelbar auf ein Feldtrennzeichen folgenden Zeilentrennzeichen. Felder, zu denen inhaltlich keine Versicherten zu melden sind, müssen hingegen korrekt mit einer 0 übermittelt werden.

Bei der Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal ist das ungewichtete arithmetische Mittel der stichtagsbezogenen monatlichen Versichertenzahlen, definiert als Summe der Monatswerte geteilt durch die Anzahl der Monate ohne Missingwert zu bestimmen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Übermittlung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a durch die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband sowie zur Weiterleitung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, das Institut des Bewertungsausschusses und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 1. April 2012

1 Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 3f Satz 1 und 2 i. V. m. § 87a Absatz 6 SGB V hat der Bewertungsausschuss über die für die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Datenübermittlungen an das Institut bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie über die für die Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Absatz 2 bis 4 SGB V erforderlichen Datenübermittlungen an die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V zu beschließen. Diese Datenübermittlungen umfassen auch die erforderlichen Daten zur Ermittlung der monatlichen und quartalsbezogenen kassen- und KV-spezifischen Versichertenzahlen.

In seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 hat der Bewertungsausschuss in Teil B einen Beschluss zur Verbesserung der Qualität und Transparenz der gemeldeten Versichertenzahlen (Satzart ANZVER87a) gefasst. Hierin werden die AG Datenkonzepte und das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Schnittstellenbeschreibung der Satzart ANZVER87a mit Wirkung zum 1. April 2012 zu erstellen.

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) regelt die Schnittstellenbeschreibung zur Meldung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a, welche die bisherige Meldung der Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87c4 mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Quartal 2/2012 ersetzt.

2 Regelungshintergründe

In dem vorliegenden Beschluss wird die Schnittstellenbeschreibung zur Meldung der monatlichen und quartalsbezogenen kassen- und KV-spezifischen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a mit Wirkung für den Berichtszeitraum ab dem Quartal 2/2012 festgelegt.

Für die Meldung der quartalsbezogenen Versichertenzahlen bis einschließlich des Quartals 1/2012 gelten die bisherigen Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zur Satzart ANZVER87c4 fort.

Durch die mit Wirkung ab dem Quartal 2/2012 neu beschlossene Satzart ANZVER87a wird die Meldung der Versichertenzahlen lückenlos mit verbesserter Qualität und Transparenz fortgeschrieben.

2.1 Gesetzlich vorgesehene Anwendungsgebiet

Die monatlichen und quartalsbezogenen kassen- und KV-spezifischen Versichertenzahlen in der Satzart ANZVER87a sind auf der Landesebene die zentrale Datengrundlage für die Ermittlung der Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Auf der Bundesebene dienen die Versichertenzahlen u. a. ggf. für die Analyse der Auswirkungen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen und auf die Ausgaben der Krankenkassen gemäß § 87 Absatz 3a SGB V sowie für Simulationsrechnungen im Hinblick auf die vom Bewertungsausschuss zu treffenden Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V. Schließlich werden die Versichertenzahlen in der Vollerhebung von der Bundesebene genutzt, um die Stichprobenziehung gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung zu planen und den gelieferten Stichprobenumfang mit den Sollwerten abzugleichen (Vollständigkeitsprüfung).

2.2 Struktur des Datenkörpers

Die neue Satzart ANZVER87a unterscheidet sich ab dem Quartal 2/2012 von der bis dahin geltenden Satzart ANZVER87c4 durch die Umsetzung datentechnisch erforderlicher Anpassungen, die deutliche Erweiterung des Merkmalsumfangs sowie die Festlegung notwendiger Konkretisierungen.

Die datentechnisch erforderlichen Anpassungen beziehen sich hauptsächlich auf die Kennzeichnung fehlender Werte (Missing-Kennzeichen) sowie die Versionierung der Datenlieferungen anhand des Erstellungsdatums.

Die Erweiterung des Merkmalsumfangs umfasst insbesondere die zusätzliche Meldung monatlicher Versichertenzahlen sowie den Davon-Ausweis der Anzahl der Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung. Diese zusätzlichen Merkmale dienen der verbesserten Transparenz der gemeldeten Versichertenzahlen insgesamt sowie den speziellen Umsetzungserfordernissen der regionalen Gesamtvergütungsvereinbarungen.

Notwendige Konkretisierungen werden vor allem in Bezug auf die Definition der Erhebungsstichtage, die Abgrenzung von Wohnausländern, die Zuordnungskriterien zum Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Berechnungsvorschrift zur Ermittlung der zu meldenden durchschnittlichen Versichertenzahlen für ein Quartal getroffen.

2.3 Lieferwege und Lieferturnus

Die monatlichen und quartalsbezogenen kassen- und KV-spezifischen Versicherungszahlen in der Satzart ANZVER87a werden quartalsweise von den Krankenkassen jeweils zum 20. des auf das zu meldende Quartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband gemeldet, der diese Daten jeweils zum 23. des auf das zu meldende Quartal folgenden Monats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Institut des Bewertungsausschusses weiterleitet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten jeweils bis zum 25. des auf das zu meldende Quartal folgenden Monats an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die bis zum Quartal 1/2012 für die Meldung der Versicherungszahlen geltenden Lieferwege und Lieferfristen werden somit unverändert fortgeführt, da sich dieses Vorgehen bereits in der Vergangenheit als praktikabel erwiesen hat.

Abweichend hiervon werden die Lieferfristen für das Quartal 2/2012 um drei Monate nach hinten auf den Monat Oktober 2012 verschoben. Diese zeitliche Verschiebung ist erforderlich aufgrund der notwendigen Vorlaufzeit zur Vorbereitung der Datenverarbeitungsprozesse auf Kassenseite.

3 Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2012 in Kraft.