



Bundesaamt
für Soziale Sicherung

2. Bestimmung

**nach § 293a Abs. 3 Satz 3 SGB V für die Veröffentlichung des Vertrags-
verzeichnisses im Rahmen der Vertragstransparenzstelle nach
§ 293a Abs. 1 SGB V.**

Bonn, den 31. März 2021 (in der Fassung vom 1. Juni 2022)

Bundesaamt für Soziale Sicherung
Referat 312
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53111 Bonn
www.bundesaamtsozialesicherung.de

Inhalt

1	Allgemeines	3
2	Bestimmung der Vertragsnummer.....	3
2.1	Aufbau und Vergabe der Vertragsnummer.....	3
2.2	Änderung der Vertragsnummer	3
3	Definition des Datensatzes.....	4
3.1	Überblick	4
3.2	Datensatzbeschreibung.....	4
3.3	Erläuterungen.....	5
3.3.1	Zu Datenfeld „IK-Klassifikationsschlüssel“	5
3.3.2	Zu Datenfeld „Räumlicher Geltungsbereich“	7
3.3.3	Zu Datenfeld „Diagnose, kodiert“	7
3.3.4	Zu Datenfeld „Qualifizierung“	8
4.	Datenformat	9
5.	Übermittlung der Daten	9
Anhang	9

1 Allgemeines

Auf der Grundlage des § 293a Abs. 1 SGB V hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zum 30. September 2020 eine bundesweite Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge eingerichtet.

Das zweistufige Verfahren startete mit der erstmaligen Veröffentlichung einer reduzierten Anzahl von Merkmalen aller Verträge nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Verträge nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V. Dabei handelt es sich um die Angabe der jeweiligen Vertragsform, die vertragsschließende Krankenkasse und die Vertragsnummer. Die Vertragstransparenzstelle hat mit ihrer Bestimmung vom 31. Juli 2020 das Nähere zur erstmaligen Veröffentlichung geregelt.

Die vorliegende Bestimmung soll die Einzelheiten der zweiten Stufe laut § 293a Absatz 1 Satz 3 i. V. m. Absatz 3 Satz 3 SGB V regeln. Der Gesetzgeber hat folgende erweiterte Inhalte vorgegeben, die im Vertragsverzeichnis abzubilden sind:

- bei einem Vertrag nach § 140a SGB V die Art der vertragsschließenden Leistungserbringer,
- den Tag des Vertragsbeginns
- soweit erfolgt, den Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen,
- den Tag des Vertragsendes,
- den räumlichen Geltungsbereich des Vertrages und
- soweit vorhanden, die dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrunde liegenden Diagnosen.

Die Veröffentlichung dieser Angaben erfolgt gemäß § 293a Absatz 2 Satz 2 SGB V bis spätestens zum 30. September 2021.

Die Krankenkassen sind darüber hinaus verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle auf Anforderung, spätestens bis zum 30. Juni 2021, die für die Veröffentlichung des Verzeichnisses nach § 293a Absatz 2 Satz 2 SGB V erforderlichen Angaben zu übermitteln. Veränderungen der Angaben und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen sind von den Krankenkassen ohne Anforderung zu übermitteln.

Die vorliegende Bestimmung regelt die Einzelheiten zur Lieferung, insbesondere die erforderlichen Angaben zur korrekten und vollständigen Erstellung des zu übermittelnden Datensatzes.

2 Bestimmung der Vertragsnummer

2.1 Aufbau und Vergabe der Vertragsnummer

Der Aufbau und die Vergabe der Vertragsnummer erfolgen entsprechend den Vorgaben der Ziffer 2 der 1. Bestimmung nach § 293a Abs. 2 Satz 1 SGB V vom 31. Juli 2020 in der Fassung vom 18. Februar 2021.

2.2 Änderung der Vertragsnummer

Eine bereits vergebene Vertragsnummer soll grundsätzlich nicht geändert werden. Es kann im Ausnahmefall jedoch vorkommen, dass die Änderung der Vertragsnummer durch eine Krankenkasse notwendig wird.

Bei einer Änderung der Vertragsnummer ist die Krankenkasse verpflichtet, der Vertragstransparenzstelle diese Änderung unter Angabe der ursprünglichen und der neu vergebenen Vertragsnummer unverzüglich anzuzeigen (z.B. per E-Mail an vertragstransparenzstelle@bas.bund.de). Hierbei ist der Grund für die Änderung mitzuteilen. Die Übermittlung von Vertragsdaten erfolgt im Anschluss nach Maßgabe von Ziffer 5 dieser Bestimmung und ausschließlich unter Angabe der neu vergebenen Vertragsnummer.

3 Definition des Datensatzes

3.1 Überblick

Die Krankenkassen sind verpflichtet, einen Datensatz für jeden bestehenden Vertrag nach den §§ 73b und 140a SGB V einschließlich der Verträge nach § 140a Abs.1 Satz 3 SGB V zu liefern.

Im Folgenden Abschnitt finden Sie eine Beschreibung des Datensatzes mit Erläuterungen zum Inhalt. Die technisch korrekte Struktur ist dem angehängten XSD-Schema zu entnehmen.

3.2 Datensatzbeschreibung

Bezeichnung	Stellen	Format	Inhalt bzw. Erläuterung
Vertragsnummer	11	alphanumerisch	Vertragsnummer gem. Bestimmung nach § 293a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V
Vertragsform	1	numerisch	Gesetzliche Grundlage des Vertrages: 2 = Vertrag für hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V 3 = Vertrag nach § 73c SGB V in der Fassung gültig bis Juli 2015 4 = Vertrag nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung 9 = Vertrag nach § 73a SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung
Betriebsnummer	8	numerisch	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben
Vertragsbeginn		Datum	Vertragsbeginn im Format YYYY-MM-DD
Vertragsänderungen		Liste, Datum	Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen nach § 293a Abs. 1 Satz 3 Nummern 3, 7 oder 8 SGB V im Format YYYY-MM-DD
Vertragsende		Datum	Vertragsendes im Format YYYY-MM-DD; bei unbegrenzter Gültigkeit leer lassen.
IK-Klassifikationsschlüssel	2	Liste, numerisch	Ziffern 1 und 2 des Institutionskennzeichens (IK) (Klassifikation von Leistungserbringern in Gruppen mit gleicher rechtlicher oder tatsächlicher Stellung im Abrechnungsverfahren, gem. Anlage 1 des Gemeinsamen Rundschreibens Institutionenkennzeichen (IK) der ARGE IK vom 1. Juni 2020); es ist mindestens eine Angabe zu machen.
Räumlicher Geltungsbereich	2	Liste, numerisch	01 = KV Region Schleswig-Holstein 02 = KV Region Hamburg 03 = KV Region Bremen 17 = KV Region Niedersachsen 20 = KV Region Westfalen-Lippe 38 = KV Region Nordrhein

			46 = KV Region Hessen 51 = KV Region Rheinland-Pfalz 52 = KV Region Baden-Württemberg 71 = KV Region Bayern 72 = KV Region Berlin 73 = KV Region Saarland 78 = KV Region Mecklenburg-Vorpommern 83 = KV Region Brandenburg 88 = KV Region Sachsen-Anhalt 93 = KV Region Thüringen 98 = KV Region KV Sachsen 99 = bundesweit geltende Verträge; Es ist mindestens eine Angabe zu machen.
Diagnose, kodiert	7	Liste, alphanumerisch	Nach ICD-10GM; ist nur dann zu befüllen, wenn Einschlussdiagnosen vorliegen.
Qualifizierung	1	Liste, numerisch	1 = ausgeschlossene Diagnose 2 = Verdachtsdiagnose 3 = für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose 4 = gesicherte Diagnose; Eine Angabe in diesem Feld ist nur erforderlich, wenn sich die Vertragspartner bei Einigung auf Einschlussdiagnosen auch auf bestimmte Zusatzkennzeichen verständigt haben.

3.3 Erläuterungen

3.3.1 Zu Datenfeld „IK-Klassifikationsschlüssel“

Die Krankenkassen melden die Art der vertragsschließenden Leistungserbringer wie folgt:

- 20 = Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzte einschl. selbstabrechnender Ärzte (z.B. Gutachterärzte)
- 21 = Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Zahnärzte einschl. selbstabrechnender Ärzte (z.B. Gutachter)
- 22 = Privatärztliche Verrechnungsstellen
- 26 = Krankenhäuser, Krankenhausapotheken
- 27 = Polikliniken, Integrierte Versorgung, Praxiskliniken
- 29 = Medizinische und technische Labore, Röntgen- und Zahntechnik, Institut für Pathologie, Strahlen und Hygieneinstitute
- 30 = Apotheken
- 31 = Augenoptiker, Augenärzte (als Erbringer von Leistungen, z.B. Kontaktlinsen)
- 32 = Hörgeräte-Akustiker, HNO-Ärzte (als Erbringer von Leistungen, z.B. Hörgeräteversorgung)
- 33 = Orthopädiemechaniker, Bandagisten, Sanitätshäuser, Arzt- und Krankenhausbedarf, Stomafachhandel, Hilfsmittel
- 34 = Orthopädieschuhmacher, Orthopäden (als Erbringer von Leistungen, z.B. Einlagen)
- 35 = Perückenmacher (Friseure)
- 39 = Podologen, med. Fußpfleger

- 40 = Logopäden, Sprachheilbehandler, Sonderschullehrer
- 42 = Sehschulen
- 43 = Med. Bademeister, Masseur, Praxen für physikalische Therapie, Orthopäden (als Erbringer von Leistungen, z.B. Massagen), Kurbäder, Kurpacker
- 44 = Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Praxen für Physiotherapie, Sportvereine, Schwangerschaftsgymnastik, Rehabilitationssport-, Herzsport- und Behindertensportgruppen, Funktionstrainingsgruppen, Sportstudios, Reittherapie
- 45 = Hebammen
- 46 = Kranken- und Altenpfleger, Haushaltshilfen, Hauspfleger, Maschinen- und Betriebshilfsring
- 47 = Kurverwaltungen
- 48 = Beschäftigungs- und Suchttherapeuten, Gestaltungs- und Kindertherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapie
- 49 = Sonstige therapeutische Hilfspersonen, Psychologen, Psychotherapeuten, Unterrichtshilfen, Soziotherapie, Frühförderereinrichtung, Sonderpädagogen, Mobilitätstrainer, Gebärdensprachdolmetscher, Heileurythmisten, Sozialpädiatrische Zentren, Nachsorgeeinrichtungen, PEKIP
- 50 = Caritative Organisationen, Diakonie- und Sozialstationen, Gemeindegewerkschaften, Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden, Stadtverwaltungen (Pflegedienste, Kranken-, Sozial- und Schwesternstationen)
- 51 = Alten- und Pflegeheime, Tages- und Kurzzeitpflege, Sonderschulheime, Sozialtherapeutische Zentren
- 52 = Vertragshäuser ohne medizinische Einrichtungen
- 53 = Einrichtungen für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- 54 = Ambulante und mobile Rehabilitationseinrichtungen
- 57 = Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- 58 = DiGA-Hersteller
- 59 = Sonstige Erbringer von Leistungen i. S. des SGB (als Erbringer von Leistungen, z.B. Medizintechnik, Gesundheitskurse, Sauerstoff-Heilbehandlung, Epilation, Akupunktur, Augenprothetik, Dental-Depot, Schlafbor, Blutdepot, Ernährungsberatung, Diätassistent/in, Hundeschule, Gripeschutzimpfung, Taubblindenassistent/in)
- 60 = Krankentransportunternehmen, Ärzte als Leistungserbringer in der notfallärztlichen Versorgung
- 65 = Bestattungsunternehmen

- 99 = Sonstige (entfällt zum 30. September 2022)

Die vorgegebene Klassifikation fasst die vertragsschließenden Leistungserbringer anhand der ersten beiden Ziffern ihrer IK zusammen. Sie beruht auf der Einteilung in der Anlage 1 des Gemeinsamen Rundschreibens Institutionskennzeichen (IK) der ARGE IK vom 1. Juni 2020.

Die Kategorie 99 = Sonstige dient zur Zusammenfassung von am Vertrag beteiligten Leistungserbringertypen, die nicht aufgeführt sind. Die Auswahlmöglichkeit dieses IK-Klassifikationsschlüssels entfällt zum 30. September 2022.

Das Datenfeld erfordert mindestens eine Angabe.

3.3.2 Zu Datenfeld „Räumlicher Geltungsbereich“

Der räumliche Geltungsbereich wird für die Zwecke der Vertragstransparenzstelle anhand der Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt. In der Systematik des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist die Anknüpfung hieran durchaus üblich. Dies zeigt sich unter anderem auch im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Eine kleinteiligere Aufteilung wäre genauso wenig sachgerecht, wie die Definition größerer Geltungsbereiche. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gelten grundsätzlich jeweils im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung. Im Rahmen der besonderen Versorgung ist nach § 140a Absatz 1 Satz 3 SGB V auch eine regionale Beschränkung möglich, wobei für die Belange der Vertragstransparenzstelle in diesen Fällen dann an die Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen anzuknüpfen ist. Dies bedeutet für den Fall, dass die Vertragspartner einen anderen räumlichen Geltungsbereich definieren (z.B. anhand eines Landkreises), dass es für die Vertragstransparenzstelle darauf ankommt, in welchem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung dieser Vertrag bzw. dieser räumliche Geltungsbereich dann gilt.

Es ist die für den jeweiligen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bzw. die für bundesweit geltende Verträge vorgesehene Nummer einzutragen.

Das Datenfeld erfordert mindestens eine Angabe. Erstreckt sich der Geltungsbereich des Vertrages über mehrere Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen, aber nicht auf das gesamte Bundesgebiet, sind die Nummern für die jeweiligen Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen anzugeben, in denen der Vertrag gilt.

Für die konkrete Festlegung des räumlichen Geltungsbereichs für den jeweiligen Vertrag ist grundsätzlich auf die Perspektive des Versicherten abzustellen. An der Stelle kommt es darauf an, inwiefern Versicherte aus welchen Regionen an einem Vertrag teilnehmen können. So können beispielsweise grundsätzlich alle Versicherte einer bundesweit geöffneten Krankenkasse an einem Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V teilnehmen, sofern nicht die Vertragspartner von der Möglichkeit nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V Gebrauch gemacht haben, die Verträge regional zu beschränken. Erstreckt sich der Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse nur über bestimmte Regionen von Kassenärztlichen Vereinigungen, sind diese von der jeweiligen Krankenkasse zu benennen.

Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V sind grundsätzlich für die einzelnen Regionen von Kassenärztlichen Vereinigungen angelegt, wobei unter Umständen auch Versicherte aus anderen (angrenzenden) Regionen an den Verträgen teilnehmen können. Für die Zwecke der Vertragstransparenzstelle ist deshalb hier für den räumlichen Geltungsbereich darauf abzustellen, für welche Region der Vertrag abgeschlossen worden ist.

Da sich der räumliche Geltungsbereich nicht in jedem Fall zweifelsfrei bestimmen lassen wird, ist also grundsätzlich vornehmlich auf die Versichertenperspektive, den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse und gegebenenfalls hilfsweise auf den regionalen Versorgungsschwerpunkt des Vertrages abzustellen.

3.3.3 Zu Datenfeld „Diagnose, kodiert“

Liegen dem Vertrag Diagnosen als Einschlusskriterien zugrunde, geben die Krankenkassen die im Vertrag aufgeführten Schlüsselnummern in der aktuell gültigen ICD 10 GM Version an. Sofern Sonderzeichen vorhanden sind, müssen diese mitgemeldet werden.

Von einem Einschlusskriterium ist dann auszugehen, wenn die Vertragspartner sich darauf verständigt haben, dass nur Versicherte die bestimmte Diagnosen aufweisen an einem

Vertrag teilnehmen können. Die Diagnose ist also grundsätzlich als Teilnahmevoraussetzung zu verstehen. Sofern in einem Vertrag besondere Module enthalten sind, die nur von einer Versichertengruppe mit bestimmten Diagnosen in Anspruch genommen werden können, ist ebenfalls von einem Einschlusskriterium im hier genannten Sinne auszugehen. Dies kann zum Beispiel bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V der Fall sein, wenn dort in einem Modul nur Leistungen für Versicherte mit einer bestimmten Diagnose vorgesehen sind (z.B. Diabetes Mellitus Typ 2).

Dies gilt gleichermaßen, wenn die Vertragspartner festgelegt haben, dass der Arzt im Rahmen der Verträge bestimmte Leistungen nur an einem Patientenkollektiv erbringen darf, das bestimmte Diagnosen aufweist. Das trifft u. a. zu, wenn in einem Vertrag Leistungen zur häuslichen Palliativversorgung nur dann erbracht werden dürfen, wenn die Diagnose „Z51.5 Palliativbehandlung“ vorliegt.

In diesem Feld sind schließlich dann keine Angaben zu machen, wenn die Vertragsparteien im Rahmen der Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages Krankheitsbilder oder Indikationen textlich beschrieben haben, ohne dass sie hierbei konkret die Diagnosen nach der aktuellen ICD 10 GM Version benannt haben.

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A-Z) enthalten. Die Stellen 2 und 3 des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten. Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: „!“ , „.“ , „*“ , „+“ , „-“ und „#“ . Die Spezifität (endständige vs. nicht endständige Schlüsselnummer) richtet sich danach, was im Vertrag definiert ist. Erfolgt die Definition von Einschlussdiagnosen bspw. nur auf Ebene von ICD-4-Stellen, ist diese Spezifität bei der Angabe ausreichend (z.B. I25.1 anstatt I25.11, I25.12 etc.).

3.3.4 Zu Datenfeld „Qualifizierung“

Die Krankenkassen geben zusätzlich jeweils die Qualifizierung der dem Vertrag als Einschlusskriterien zugrundeliegenden Diagnosen an, sofern diese ein entsprechendes Zusatzkennzeichen aufweisen. Die Angabe ist allerdings nur erforderlich, sofern sich die Vertragsparteien darauf verständigt haben, dass bei den Einschlusskriterien das Zusatzkennzeichen zu berücksichtigen ist. Das Diagnose-Zusatzkennzeichen „Qualifizierung“ hat die folgenden Ausprägungen:

- 1 = ausgeschlossene Diagnose („A“),
- 2 = Verdachtsdiagnose („V“),
- 3 = für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose („Z“),
- 4 = gesicherte Diagnose („G“).

Hinsichtlich des Zusatzkennzeichens 1 (ausgeschlossene Diagnosen) wird darauf hingewiesen, dass diese Angaben nur dann erfolgen, wenn die Vertragsparteien sich auch im Rahmen der Einschlusskriterien darauf verständigt haben. Das kann etwa der Fall sein, wenn die Vertragsparteien vereinbart haben, dass bestimmte Obergruppen von Diagnosen als Einschlusskriterien gelten, sie aber gleichzeitig vereinbart haben, dass einzelne Diagnosen dieser Obergruppen nicht als Einschlusskriterien gelten sollen und die Versicherten, die diese Diagnosen haben, nicht am Vertrag teilnehmen können.

Weiterhin wird klargestellt, dass, wenn die Vertragspartner sich auf bestimmte Diagnosen als Einschlusskriterien verständigt haben, diejenigen Diagnosen, auf die sie sich nicht verständigt haben, nicht als Diagnosen mit der Kennzeichnung 1 (ausgeschlossene Diagnosen) zu melden sind. Derartige „Negativlisten“ sind nicht vorgesehen.

4. Datenformat

Die Krankenkassen übermitteln die Datenmeldungen an die Vertragstransparenzstelle im XML-Format. In der XML-Datei ist für jeden Vertrag bzw. jeden Datensatz ein Eintrag zu erstellen.

Durch die Nutzung des XML-Formats kann eine höhere Datenqualität als bei der Verwendung von CSV-Dateien erreicht werden. Formale Fehler, insb. Unvollständigkeit der Daten, können mithilfe definierter Restriktionen größtenteils verhindert werden. Zu diesem Zweck hat das BAS eine XML-Schemadatei für den XML-Aufbau erstellt, die die Datentypen der Datenfelder und die erforderlichen Daten der jeweiligen Meldearten festlegt. Die relevante XSD-Schemadatei ist als Anlage dieser Bestimmung beigefügt.

5. Übermittlung der Daten

Die Daten für die Veröffentlichung nach dieser Bestimmung sind gemäß § 293a Absatz 5 Satz 1 SGB V bis spätestens zum 30. Juni 2021 zu übermitteln. Anschließend sind nach § 293a Absatz 5 Satz 2 SGB V Veränderungen der Angaben nach § 293a Abs. 2 Satz 2 SGB V und die Angaben zu nach der erstmaligen Übermittlung vereinbarten Verträgen von den Krankenkassen ohne Anforderung an die Vertragstransparenzstelle zu übermitteln. Die Übermittlung dieser Veränderungen der Angaben wird seitens des BAS wie folgt festgelegt:

Zum einen können die Krankenkasse quartalsweise eine Datenvolllieferung ihres Vertragsbestandes, in dem dann auch die geänderten Datensätze enthalten sind, an das BAS übermitteln. Diese Mitteilung erfolgt immer spätestens zum 20. Kalendertag des Monats, der auf das Quartalsende folgt. Danach sind also die Datenmeldungen immer spätestens bis zum 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Januar eines jeden Jahres vorzunehmen. Fällt dieser Tag auf ein Wochenende oder einen gesetzlichen Feiertag, ist die Datenmeldung bis zum nächsten folgenden Werktag vorzunehmen.

Zum anderen können die Krankenkassen auch die jeweiligen Vertragsänderungen einzeln melden. In diesem Fall übermittelt die Krankenkasse den vollständigen Datensatz des Vertrages, der sich geändert hat, an das BAS. Diese Mitteilung erfolgt immer spätestens zum 20. Kalendertag des Monats, der auf das Quartalsende folgt. Danach sind also die Datenmeldungen immer spätestens bis zum 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Januar eines jeden Jahres vorzunehmen. Fällt dieser Tag auf ein Wochenende oder einen gesetzlichen Feiertag, ist die Datenmeldung bis zum nächsten folgenden Werktag vorzunehmen.

Die Datenmeldungen werden ausschließlich in elektronischer Form entgegengenommen. Das BAS stellt hierfür eine REST-Schnittstelle für die automatisierte Übertragung bereit. Für die Nutzung ist zunächst eine Registrierung notwendig. Sofern bereits bei Übermittlung von Daten nach der ersten Bestimmung Registrierungen bestehen, können diese weiter genutzt werden. Die Daten werden anschließend von der Vertragstransparenzstelle verarbeitet und vom Server zu Datenannahme gelöscht.

Anhang

XSD-Schemadatei