

## **BESCHLUSS**

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein  
Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs  
aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung  
gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2014**

---

### **1. Präambel**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs um Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 116b Abs. 4 Satz 2 SGB V die spezialfachärztlich behandelbaren Erkrankungen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen zu konkretisieren und den jeweiligen Behandlungsumfang zu bestimmen. Hierzu wird er sukzessive für bestimmte Indikationen Konkretisierungen als Anlagen zu seiner Richtlinie einschließlich der Spezifizierung des Behandlungsumfangs in Form einer Liste von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes als Appendix beschließen (Appendix-GOPen).

Der Bewertungsausschuss hat zudem in seiner 328. Sitzung beschlossen, die Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung für das 2. bis 4. Quartal des Jahres 2014 nachträglich mit Wirkung zum jeweiligen Folgejahresquartal 2015 vorzunehmen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 333. Sitzung beschlossen, die nach den für das 2. bis 4. Quartal 2014 jeweils gültigen Beschlüssen zur Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung

für den jeweiligen KV-Bezirk insgesamt ermittelten erstmaligen Bereinigungsmengen in Punkten in einen KV-spezifischen Prozentsatz umzurechnen und hiermit eine nicht basiswirksame Bereinigung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe im 2. bis 4. Quartal des Jahres 2015 vorzunehmen.

## **2. Verfahrensvorgaben**

KV-spezifisch beginnend mit dem Folgequartal zu dem Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der spezialfachärztlichen Versorgung für eine gemäß Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses behandelbare Indikation erfolgt, erfolgt für einen Zeitraum von 3 Jahren eine quartalsweise basiswirksame Differenzbereinigung nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses entsprechend einer vom Bewertungsausschuss beschlossenen KV-spezifischen historischen Leistungsmenge für die Bestimmung der Bereinigungsmenge je Patient, multipliziert mit einer von den Gesamtvertragspartnern anhand bereitgestellter Daten für das jeweilige Abrechnungsquartal bestimmten Patientenzahl.

Die Differenzbereinigung für das zweite bis vierte Quartal 2014 erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 328. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) abweichend davon mit Wirkung für das jeweilige Folgejahresquartal.

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung werden folgende Vorgaben festgelegt:

1. Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs erfolgt jeweils indikationsspezifisch zum Zeitpunkt der Rechnungslegung für ein Abrechnungsquartal, KV-spezifisch beginnend mit dem Folgequartal zu dem Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für eine gemäß Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses behandelbare Indikation erfolgt ist.
2. Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
3. Die Bereinigung erfolgt quartalsweise und indikationsspezifisch für einen Zeitraum von zunächst 3 Jahren ab dem jeweils ersten KV- und indikationsspezifischen Bereinigungsquartal gemäß Ziffer 1.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses ermittelt nach Maßgabe von Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses jeweils innerhalb von acht Wochen, nachdem der

Bewertungsausschuss den Beschluss gemäß Satz 2 gefasst hat, die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient in Euro auf Basis der jeweils aktuellen Version der Daten der Geburtstagsstichprobe. Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu jeweils spätestens acht Wochen, nachdem eine Konkretisierung in Kraft tritt, weitere indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zu den in Nr. 4 genannten Festlegungsfragen und benennt dabei ggf. zu berechnende Varianten. Für die Indikationen Tuberkulose sowie Gastrointestinale Tumore gilt abweichend der 31. Januar 2015 als Termin für den Beschluss zu den weiteren indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben und der 31. März 2015 als Termin für die Vorlage der Berechnungsergebnisse durch das Institut des Bewertungsausschusses.

5. Nach § 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) um diejenigen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ASV sind. Die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient in Euro wird daher auf Basis sämtlicher Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bzw. Pseudoziffern entsprechend dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen indikationsspezifischen Appendix (Appendix-GOPen) ermittelt, sofern diese der MGV zuzuordnen sind.
6. Sofern die Berechnungen nach Ziffer 4 neben den verfügbaren Daten normative Annahmen erfordern und/oder der Beschluss gemäß Ziffer 4 die Berechnung von Varianten vorsieht, stellt das Institut des Bewertungsausschusses die mögliche Bandbreite des Ergebnisses der Berechnung der durchschnittlichen Bereinigungsmengen dar und benennt die Annahmen der zugrunde gelegten verschiedenen Varianten.
7. Der Bewertungsausschuss beschließt jeweils binnen drei Monaten nach Vorlage der Berechnungsergebnisse gemäß Ziffer 4 bzw. 6 unter Abwägung der Plausibilität der ggf. getroffenen einzelnen Annahmen die verbindlich vorzugebende durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient. Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage nicht enthaltener Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt oder im Zeitverlauf von der zur Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Abgrenzung laut ARZTRG87aREG im Quartal des Inkrafttretens der jeweiligen Erkrankung abweicht, verständigen

sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine gegebenenfalls notwendige Anpassung dieses Wertes.

8. Es wird durch Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses eine regionalisierte und indikationsspezifische Datengrundlage der Anzahl ambulant spezialfachärztlich in einem Quartal behandelten Patienten gemäß § 87 Abs. 3f SGB V geschaffen und den regionalen Gesamtvertragspartnern gemäß § 87a Abs. 6 SGB V bereitgestellt.
9. Zur Feststellung eines Höchstwertes für Ziffer 10 ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen indikationsspezifisch und quartalsweise für die Bereinigungsquartale gemäß Ziffer 3 die Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten, die den im indikationsspezifischen Beschluss gemäß Nr. 4 definierten Abgrenzungskriterien genügen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen diese Anzahlen den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern in Summe und für die einzelnen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auch kassenspezifisch jeweils bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Bereinigungsquartal mit. Die kassenseitigen Gesamtvertragspartner plausibilisieren diese Anzahlen mit den ihnen vorliegenden Daten und verständigen sich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Quartal mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die für das Quartal heranzuziehende kassenübergreifende Gesamtanzahl (Höchstwert). Für das zweite bis vierte Quartal des Jahres 2014 wird abweichend der 31. Mai 2015 als Termin für die Mitteilung der Anzahlen und der 15. Juli 2015 als Termin für die Festlegung der heranzuziehenden kassenübergreifenden Gesamtanzahl festgelegt.

10. Zur Feststellung des Differenzbereinigungsvolumens eines Bereinigungsquartals in Punkten bestimmen die Gesamtvertragspartner anhand der für das Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5 und indikationsspezifisch einmalig gemäß Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses bereitgestellten Daten gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Quartal (für das zweite bis vierte Quartal des Jahres 2014 abweichend bis zum 15. Juli 2015) die tatsächliche indikationsspezifische ambulante spezialfachärztliche Patientenzahl mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Bereinigungsquartal. In die Patientenzahl nach Satz 1 geht die Zahl der Patienten zu Fällen mit „Art des ASV-Teams“-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ (x) wie folgt ein:

- In den Bereinigungsquartalen der ersten zwei Jahre, nachdem die Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Indikation in Kraft tritt, wird jeweils die Hälfte der Patientenzahl  $x$  zuzüglich des Maximums von null und der Hälfte der Differenz von  $x$  zum Doppelten der mit dem vom Bewertungsausschuss in seinen indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gemäß Nr. 4 beschlossenen Umrechnungsfaktor von § 116b SGB V-(alt)- zu § 116b SGB V-(neu)-Patienten multiplizierten, gemäß Nr. 7 einmalig festgestellten indikationsspezifischen Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) des jeweiligen Vorjahresquartals der ersten vier Bereinigungsquartale herangezogen.
- In den Bereinigungsquartalen, die mindestens zwei Jahre, nachdem die Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Indikation in Kraft tritt, beginnen, wird jeweils das Maximum von null und der Differenz der Patientenzahl  $x$  und der mit dem vom Bewertungsausschuss in seinen indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gemäß Nr. 4 beschlossenen Umrechnungsfaktor von § 116b SGB V-(alt)- zu § 116b SGB V-(neu)-Patienten multiplizierten, gemäß Nr. 7 einmalig festgestellten indikationsspezifischen Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) herangezogen.

Die Zahl der Patienten zu Fällen mit „Art des ASV-Teams“-Kennzeichen „ausschließlich Vertragsärzte“ geht ohne diese Kürzung in die Patientenzahl nach Satz 1 ein.

Die Gesamtvertragspartner begrenzen die so ermittelte Patientenzahl auf den gemäß Ziffer 9 jeweils indikationsspezifisch festgestellten Höchstwert und bilden die Differenz zur für das Vorjahresquartal ggf. bereits gemäß dieser Ziffer festgestellten Patientenzahl.

Diese Differenz multiplizieren sie mit der vom Bewertungsausschuss für diesen KV-Bezirk beschlossenen indikationsspezifischen historischen Leistungsmenge je Patient, den jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung gemäß Nr. 3 verwendeten Datenjahr und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals.

Darüber hinaus multiplizieren sie mit dem Verhältnis des für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs zur für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals.

11. Die basiswirksame Bereinigung erfolgt spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal durch Abzug des für das aktuelle Quartal für alle gemäß Ziffer 1 zu berücksichtigenden Indikationen insgesamt gemäß Ziffer 10 bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere hierzu in seinem Beschluss der 333. Sitzung zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für die Jahre ab 2015 beschlossen.
12. Bei der Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund anderer im SGB V genannter Bereinigungsanlässe sind Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen mit der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung auszuschließen.
13. Ab dem Jahr 2016 wird der Bewertungsausschuss prüfen, ob diese Vorgaben angepasst werden müssen, insbesondere ob die dynamische Festlegung der Höchstwerte nach Ziffer 9 und die Befristung des Bereinigungszeitraums in Ziffer 3 für bestimmte oder alle Indikationen angepasst werden muss, z. B. wenn zu erwarten ist, dass ein nicht vernachlässigbarer Anteil der Patienten der letzten Leistungsquartale des Bereinigungszeitraums aufgrund verspäteter Abrechnung sonst nicht berücksichtigt werden könnte. Diese Prüfung kann unter Zuhilfenahme einer vom ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben festzulegenden Datengrundlage gemäß § 87 Abs. 3f SGB V erfolgen.

### **3. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung durchschnittlicher indikationsspezifischer Reinigungsmengen je Patient**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, jeweils innerhalb von acht Wochen, nachdem der Bewertungsausschuss den Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gefasst hat, die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient zu berechnen.

Datengrundlage dieser Berechnungen ist die jeweils aktuelle Version der Daten der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erhobenen Geburtstagsstichprobe einschließlich der arztbezogenen Ergänzung gemäß Nr. 6.

Ein Quartalspatient wird definiert als Versicherter in einem Quartal, für den gemäß der Konkretisierung der jeweiligen ambulant spezialfachärztlich behandelbaren Erkrankung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten oder nach weiteren von ihm festgelegten Merkmalen sowie gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss getroffenen Spezifikation des Behandlungsumfanges eine entsprechende indikationsspezifische Versorgung in einem Behandlungsfall des jeweiligen Quartals erfolgte. Dabei werden neben gesicherten Diagnosen auch Verdachtsdiagnosen berücksichtigt, wenn diese in der jeweiligen Konkretisierung der spezialfachärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Zur Prüfung des Vorliegens einer indikationsspezifischen Versorgung anhand der historischen Abrechnungsdaten können weitere Kriterien zur Validierung gemäß Nr. 4 herangezogen werden.

Für die Quartalspatienten bestimmt das Institut des Bewertungsausschusses für das betreffende Abrechnungsquartal den der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzurechnenden historischen Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung gemäß der Spezifizierung der Liste von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bzw. Pseudoziffern, einschließlich neuer, erst noch durch den Ergänzen Bewertungsausschuss zu beschließender Leistungen, die sich auf bestehende Gebührenordnungspositionen bzw. Pseudo-Ziffern umfänglich oder anteilig abbilden lassen, im vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Appendix (Appendix-GOPen). Dabei sind nur die Abrechnungsdaten von Behandlungsfällen der im Appendix aufgeführten Fachgruppen mit Vorliegen einer indikationsspezifischen Diagnose oder weiteren vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Merkmalen, sowie ggf. eine Erweiterung um Behandlungsfälle mit Diagnoseangabe „UUU“ einzubeziehen. Grundsätzlich ist bei durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 4 bestimmten Appendix-GOPen die Abrechnung durch einen Arzt der ihr im Appendix

unmittelbar zugeordneten Fachgruppe sowie in der jeweiligen KV die Abrechnung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß der Fassung der ARZTRG87aREG-Daten mit Gültigkeit für das Quartal des Inkrafttretens der jeweiligen Indikation vorauszusetzen (Fachgruppenspezifität). Von der Fachgruppenspezifität kann bei Leistungen des EBM-Bereichs IV (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen) abgewichen werden. Der Leistungsbedarf von Grundpauschalen ist gemäß dem Anteil des Versorgungsauftrages in der ASV zu berücksichtigen.

Zur Berücksichtigung von Mehrfachinanspruchnahme berechnet das Institut des Bewertungsausschusses zusätzlich einen bundeseinheitlichen Abschlag für Parallelabrechnungen als Differenz zwischen dem gesamten Leistungsbedarf und dem sich bei GOP- und quartalspatientenindividueller Berücksichtigung lediglich der behandlungsfalldurchschnittlichen Anzahl abgerechneter Leistungen ergebenden Leistungsbedarf, bezogen auf bestimmte durch den Beschluss zu indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben festzulegende GOPen. Bei der Durchschnittsbildung für eine GOP sind jeweils nur die Behandlungsfälle mit mindestens einer Abrechnung der betreffenden GOP einzubeziehen.

Um den Einfluss von Komorbiditäten dieser Quartalspatienten sowie Doppelbereinigungen bei gleichzeitigem Vorliegen unterschiedlicher spezialfachärztlicher Indikationen auszuschließen, berechnet das Institut des Bewertungsausschusses einen bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor. Hierzu wird das Verhältnis des gewichteten durchschnittlichen historischen Appendix-Leistungsbedarfs einer Vergleichsgruppe von Versicherten zum durchschnittlichen historischen Appendix-Leistungsbedarf der Quartalspatienten bestimmt, wobei dieses Verhältnis auf einen Wert von maximal eins begrenzt wird. Zur Bestimmung des historischen Appendix-Leistungsbedarfs sind hier die Abrechnungsdaten aller Behandlungsfälle der im Appendix aufgeführten Fachgruppen unter Beachtung der Fachgruppenspezifität und ggf. hiervon zu machender Ausnahmen einzubeziehen. Der Leistungsbedarf von Grundpauschalen ist gemäß dem Anteil des Versorgungsauftrages in der ASV zu berücksichtigen. Der Anpassungsfaktor ergibt sich dann, indem dieses Verhältnis von eins abgezogen wird. Als Vergleichspatienten für einen Quartalspatienten werden Versicherte ausgewählt, die nicht aufgrund einer in der jeweiligen Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschriebenen spezialfachärztlich behandelbaren oder ggf. einer damit regelhaft assoziierten Erkrankung behandelt wurden, aber der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe angehören und eine vergleichbare Morbidität aufweisen, und für die Appendix-GOPen von einer im Appendix aufgeführten Fachgruppe unter Beachtung der Fachgruppenspezifität abgerechnet wurden.

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet die durchschnittliche indikations-spezifische und KV-spezifische quartalsbezogene historische Leistungsmenge je Patient als Durchschnitt der historischen Leistungsbedarfe der Quartalspatienten der vier aktuellsten vorliegenden Quartale abzüglich des ermittelten bundeseinheitlichen Abschlags für Parallelabrechnungen, multipliziert mit dem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor. Sollte die Quartalspatientenzahl für eine Indikation in einem KV-Bezirk in der verwendeten Datengrundlage im arithmetischen Durchschnitt der vier Quartale weniger als eine in den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gemäß Nr. 4 definierte Mindestanzahl betragen, so wird für diesen KV-Bezirk ersatzweise die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen. Das Institut des Bewertungsausschusses stellt sicher, dass es durch den gleichzeitigen Ansatz des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors sowie des Abschlags für Parallelabrechnungen nicht zu einem doppelten Abzug historischer Leistungsmengen kommt und setzt ggf. entsprechende Gegenmaßnahmen entsprechend der indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben gemäß Nr. 4 um.

Sofern die Berechnungen des Instituts neben den verfügbaren Daten normative Annahmen zur datentechnischen Umsetzung der Abgrenzung der Quartalspatienten oder des Behandlungsumfangs erfordern und/oder der Beschluss des Bewertungsausschusses zu weiteren indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben die Berechnung von Varianten vorsieht, stellt das Institut die mögliche Bandbreite der Berechnungsergebnisse zur durchschnittlichen historischen Leistungsmenge je Patient dar und benennt die Annahmen der zugrunde gelegten Varianten. Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut den Trägerorganisationen vollständige Beschreibungen der verwendeten Operationalisierungen und Parameterausprägungen zur Verfügung.

#### **4. Beschluss zu weiteren indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben**

Der Bewertungsausschuss beschließt nach fachlicher Vorbereitung in der AG Bereinigung nach § 116b SGB V jeweils innerhalb von acht Wochen, nachdem die Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Indikation in Kraft tritt, weitere indikationsspezifische Berechnungsvorgaben für die Berechnungen des Instituts nach Nr. 3 insbesondere zu folgenden Festlegungsfragen und benennt dabei ggf. zu berechnende Varianten:

- ob zur Prüfung des Vorliegens einer indikationsspezifischen Versorgung anhand der historischen Abrechnungsdaten weitere Kriterien zur Validierung herangezogen werden und wenn ja, welche

- wie ggf. im Rahmen der Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte weitere Merkmale neben Diagnoseschlüsseln bei der Definition der Quartalspatienten operationalisiert werden sollen
- wie die Bedingungen zur Auswahl der Vergleichspatienten bei der Bestimmung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors operationalisiert werden sollen
- ob und wenn ja, welche regelhaft assoziierten Erkrankungen bei der Bestimmung des Anpassungsfaktors bezogen auf die Komorbidität berücksichtigt werden sollen
- wie die in der Konkretisierung aufgeführten Fachgruppen in der verfügbaren Datengrundlage bei uneindeutiger Zuordnung operationalisiert werden sollen
- bei welchen Leistungen von der Abrechnung durch einen Arzt der ihr im Appendix unmittelbar zugeordneten Fachgruppe abgewichen werden kann
- wie und mit welchem Anteilswert ggf. neue bzw. modifizierte Leistungen im Appendix auf im verwendeten Datenjahr bestehende Gebührenordnungspositionen umfänglich oder anteilig abgebildet werden können
- Mindestwert der Quartalspatientenzahl, unterhalb derer anstelle KV-spezifischer Berechnungsergebnisse die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient angesetzt werden soll
- welche Gebührenordnungspositionen aufgrund zu erwartender nicht multimorbiditätsbedingter Parallelabrechnung bei der Berechnung des bundeseinheitlichen Abschlags für Parallelabrechnungen einzubeziehen sind und ggf. welche Maßnahmen dabei zur Vermeidung eines doppelten Abzugs historischer Leistungsmengen zu ergreifen sind

Der Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben enthält außerdem Vorgaben zu den durch die Gesamtvertragspartner bei der Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal vertragsärztlich indikationsspezifisch behandelten Patienten gemäß Nr. 2 Ziffer 9 anzuwendenden Abgrenzungskriterien, insbesondere hinsichtlich Diagnosen, Gebührenordnungspositionen und Fachgruppen. Diese Vorgaben sollen grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Berechnungsvorgaben zu Nr. 3 stehen, es sei denn, letztere beschränken die Auswertungsmenge auf eine bestimmte Teilmenge potenzieller Patienten.

Der Beschluss zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben enthält ferner die Festlegung eines durch die Gesamtvertragspartner bei der Umsetzung der Berechnung

zu Nr. 2 Ziffer 10 anzuwendenden Umrechnungsfaktors der gemäß Nr. 7 erhobenen Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) auf entsprechende Patientenzahlen nach § 116b SGB V (neu).

## **5. Übermittlung der Anzahl ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten durch die Krankenkassen**

Die Krankenkassen übermitteln gemäß § 87 Abs. 3f SGB V quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation, jeweils beginnend für das Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für eine gemäß Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses behandelbare Indikation erfolgt ist, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, die tatsächlichen spezialfachärztlichen Patientenzahlen in der Satzart ANZASV116b\_IK bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband, der die erhaltenen Patientenzahlen unter Entfernung des Krankenkassenbezugs je Indikation, Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Wohnort-KV, Abrechnungsweg und Art des ASV-Teams in der Satzart ANZASV116b\_SUM aufsummiert und diese gemäß § 87a Abs. 6 SGB V, zusammen mit den kassenartenspezifisch abgegrenzten nicht aggregierten Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b\_IK, regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt innerhalb von sieben Tagen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, das Institut des Bewertungsausschusses, die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V übermittelt. Zur Feststellung der Vollständigkeit übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband nach dessen Vorgaben indikationsspezifisch, jeweils beginnend für das Quartal, in dem die Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dieser Indikation in Kraft tritt, gegebenenfalls über ihre Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder ihre Dienstleister, die Information, ob die Krankenkasse für ein Abrechnungsquartal eine Patientenzahl von null aufweist, oder eine Patientenzahl größer null. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die nach Satz 1 erhaltenen Daten innerhalb von drei Tagen an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses stellen sicher, dass den jeweiligen Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V jeweils nur die wohnortbezogenen Daten des jeweiligen KV-Bereichs übermittelt werden. Die kassenartenspezifische Abgrenzung erfolgt dabei nach einer vom GKV-Spitzenverband mitgeschickten Liste von Institutionskennzeichen, die aus der jeweils aktuellen Fassung der Satzart 220 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) der bundesweiten Versichertenstichprobe generiert wird, um

sicherzustellen, dass kassenbezogene Angaben einem kassenseitigen Gesamtvertragspartner bzw. den Verbänden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene nur für die der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen übermittelt werden.

Für das zweite bis vierte Abrechnungsquartal des Jahres 2014 wird abweichend der 30. Juni 2015 als Termin für die Lieferung der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband festgelegt.

Zur Unterstützung der Berücksichtigung der aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß diesem Beschluss vorgenommenen Bereinigungen bei der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die Krankenkassen quartalsweise für jede spezialfachärztliche Indikation, jeweils beginnend mit dem Folgequartal zu dem Quartal, in dem die erste Abrechnung eines Behandlungsfalles der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für eine gemäß Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses behandelbare Indikation erfolgt ist, die tatsächlichen spezialfachärztlichen Patientenzahlen von Vertragsärzten unter Angabe der lebenslangen Arztnummer in der Satzart ANZASV116b\_LANR bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats in regionalisierter Abgrenzung nach Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen. Für das zweite bis vierte Abrechnungsquartal des Jahres 2014 wird abweichend der 30. Juni 2015 als Liefertermin festgelegt. Die Datenlieferungen erfolgen gemäß der Datensatzbeschreibung in der Anlage und enden nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums gemäß Nr. 2.

## **6. Arztbezogene Ergänzung der Geburtstagsstichprobe**

Beginnend mit dem Berichtsjahr 2012 übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V jährlich jeweils bis zum 15. Januar für das vorvorhergehende Berichtsjahr die pseudonymisierten vertragsarztbezogenen Abrechnungsdaten in der Satzart 210A sowie die pseudonymisierten betriebsstättenbezogenen Stammdaten in der Satzart 211A gemäß der Anlage 1 sowie die pseudonymisierten arztbezogenen Abrechnungsgruppenzuordnungen in der Satzart AST\_EBM\_ARZT gemäß der Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 an die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Die Lieferung für das Berichtsjahr 2012 erfolgt hiervon abweichend bis zum 31. Oktober 2014.

Aufgrund des Bezugs dieser Datenlieferungen zu den Datenlieferungen der Geburtstagsstichprobe gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewer-

tungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ist auch bei ggfs. erforderlichen Korrekturlieferungen die Verknüpfbarkeit der Daten sicherzustellen.

#### **7. Datengrundlage für Patienten nach § 116b SGB V (alt)**

Zur Ermittlung der indikationsspezifischen Anzahl der Patienten nach § 116b SGB V (alt) in den Vorjahresquartalen der jeweils ersten vier Bereinigungsquartale wird der Bewertungsausschuss bis zum 31. Oktober 2014 eine Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 6 SGB V schaffen.

#### **8. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V**

Die gesetzliche Vorgabe, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ASV nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, ist in den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen und entsprechend dieser Vorgaben von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen umzusetzen.

## Anlage

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V**

---

### 1. Kompression und Verschlüsselung

Alle Dateien sind einzeln vor der Übertragung zu komprimieren und zu verschlüsseln. Hierzu werden die Algorithmen deflate64 (Kompression) und AES-256 (Verschlüsselung) verwendet (z. B. mit der Software 7-ZIP).

Die Zusendung der notwendigen Verschlüsselungskennworte zur Datenübertragung (Verschlüsselung der Datenpakete) sowie der Detailinformationen zur Übermittlung per verschlüsselter Datenfernübertragung erfolgt jeweils einmalig durch den jeweiligen Empfänger an den jeweiligen Absender via Postweg an einen vom Absender zu benennenden Ansprechpartner.

Der jeweilige Empfänger bestätigt jeden Dateneingang unverzüglich durch Rückmeldung per E-Mail an den vom Absender benannten Ansprechpartner.

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

### 2. Dateibeschreibung

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

Für die Satzarten ist folgende Dateinamenskönvention vorgesehen:

ANZASV116b\_IK\_Abrechnungsquartal\_WOPKV\_Kassensitz-  
IK\_VKNR\_Version.Endung

ANZASV116b\_SUM\_Abrechnungsquartal\_WOPKV\_Version.Endung

ANZASV116b\_LANR\_Abrechnungsquartal\_WOPKV\_Kassensitz-  
IK\_VKNR\_Version.Endung

Format:

ANZASV116b\_IK\_JJJJQ\_CC\_CCCCCCCCC\_CCCCC\_CCC.Endung

ANZASV116b\_SUM\_JJJJQ\_CCC.Endung

ANZASV116b\_LANR\_JJJJQ\_CC\_CCCCCCCCC\_CCCCC\_CCC.Endung

Hierbei bezeichnet die VKNR die Vertragskassennummer der Krankenkasse. Die VKNR ist nicht Bestandteil der Nutzdaten und nur im Dateinamen zu übermitteln.

Die Version bezeichnet fortlaufend die Nummer der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen der jeweiligen Satzart, beginnend mit „001“.

Die Endung ist entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

**Satzart ANZASV116b\_IK – Anzahl in der ASV behandelte Patienten nach Einzelkassen****Dateiumfang:**

**Abgrenzung:** Die Zahl der ASV-Patienten ist gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Art des ASV-Teams und Abrechnungsweg zu übermitteln. Dabei ist für jeden aus der Kombination aus Leistungsquartal, Versicherten und ASV-Team definierten ASV-Leistungsfall nur eine einmalige Zählung des in diesem Fall behandelten Patienten vorzunehmen.

**Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 07 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant "ANZASV116b_IK"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen abgerechnet wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Übertragung der die Patientenzählung auslösenden Abrechnung an die Datenannahmestelle der Krankenkasse; erfolgt diese bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Übertragung ist das Abrechnungsquartal für jeden folgenden Dreimonatszeitraum nach diesem Termin um ein Quartal zu inkrementieren.
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden, im Format JJJJQ
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)</p> <p>01 = Schleswig-Holstein  02 = Hamburg  03 = Bremen  17 = Niedersachsen  20 = Westfalen-Lippe  38 = Nordrhein  46 = Hessen  51 = Rheinland-Pfalz  52 = Baden-Württemberg  71 = Bayerns  72 = Berlin  73 = Saarland  78 = Mecklenburg-Vorpommern  83 = Brandenburg  88 = Sachsen-Anhalt  93 = Thüringen  98 = Sachsen</p>
05	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	<p>Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Art des ASV-Teams	M	1	numerisch	<p>Art des ASV-Teams</p> <p>1 = ausschließlich Vertragsärzte</p> <p>2 = ausschließlich Krankenhausärzte</p> <p>3 = gemischtes Team</p> <p>Hinweis: Die Ermittlung erfolgt jeweils anhand des ASV-Verzeichnisses aus der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals; bei ausschließlicher Angabe von Betriebsstättennummern bzw. Institutionskennzeichen als Einrichtungskennung ist der Wert 1 bzw. 2 zu übermitteln, bei gleichzeitigem Vorliegen beider Angaben der Wert 3.</p>
07	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	<p>Weg der ASV-Abrechnung</p> <p>1 = Direktabrechner</p> <p>2 = KV</p> <p>3 = sonstiger Dienstleister</p> <p>4 = mehr als ein Abrechnungsweg</p>
08	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

**Satzart ANZASV116b\_SUM – Anzahl in der ASV behandelte Patienten insgesamt****Dateiumfang:**

**Abgrenzung:** Die Zahl der ASV-Patienten ist gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Art des ASV-Teams und Abrechnungsweg zu übermitteln. Dabei ist für jeden aus der Kombination aus Leistungsquartal, Versicherten und ASV-Team definierten ASV-Leistungsfall nur eine einmalige Zählung des in diesem Fall behandelten Patienten vorzunehmen.

**Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant "ANZASV116b_SUM"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen abgerechnet wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Übertragung der die Patientenzählung auslösenden Abrechnung an die Datenannahmestelle der Krankenkasse; erfolgt diese bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Übertragung ist das Abrechnungsquartal für jeden folgenden Dreimonatszeitraum nach diesem Termin um ein Quartal zu inkrementieren.
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden, im Format JJJJQ

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
03	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)</p> <p>01 = Schleswig-Holstein  02 = Hamburg  03 = Bremen  17 = Niedersachsen  20 = Westfalen-Lippe  38 = Nordrhein  46 = Hessen  51 = Rheinland-Pfalz  52 = Baden-Württemberg  71 = Bayerns  72 = Berlin  73 = Saarland  78 = Mecklenburg-Vorpommern  83 = Brandenburg  88 = Sachsen-Anhalt  93 = Thüringen  98 = Sachsen</p>
04	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	<p>Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
05	Art des ASV-Teams	M	1	numerisch	<p>Art des ASV-Teams</p> <p>1 = ausschließlich Vertragsärzte</p> <p>2 = ausschließlich Krankenhausärzte</p> <p>3 = gemischtes Team</p> <p>Hinweis: Die Ermittlung erfolgt jeweils anhand des ASV-Verzeichnisses aus der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals; bei ausschließlicher Angabe von Betriebsstättennummern bzw. Institutionskennzeichen als Einrichtungskennung ist der Wert 1 bzw. 2 zu übermitteln, bei gleichzeitigem Vorliegen beider Angaben der Wert 3.</p>
06	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	<p>Weg der ASV-Abrechnung</p> <p>1 = Direktabrechner</p> <p>2 = KV</p> <p>3 = sonstiger Dienstleister</p> <p>4 = mehr als ein Abrechnungsweg</p>
07	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

**Satzart ANZASV116b\_LANR – Anzahl in der ASV behandelter Patienten nach LANR****Dateiumfang:**

**Abgrenzung:** Die Zahl der ASV-Patienten von Vertragsärzten ist gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, LANR und Abrechnungsweg zu übermitteln. Dabei ist für jede Kombination aus Leistungsquartal, Versicherten, ASV-Team und LANR nur eine einmalige Zählung des in diesem ASV-Leistungsfall von diesem Arzt behandelten Patienten vorzunehmen.

**Primärschlüssel:** Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 07 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant "ANZASV116b_LANR"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen abgerechnet wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Übertragung der die Patientenzählung auslösenden Abrechnung an die Datenannahmestelle der Krankenkasse; erfolgt diese bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Übertragung ist das Abrechnungsquartal für jeden folgenden Dreimonatszeitraum nach diesem Termin um ein Quartal zu inkrementieren.
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden, im Format JJJJQ
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 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
05	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)
06	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	Weg der ASV-Abrechnung 1 = Direktabrechner 2 = KV 3 = sonstiger Dienstleister 4 = mehr als ein Abrechnungsweg
07	LANR	M	9	alphanum.	Lebenslange Arztnummer im Klartext
08	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten