

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 mit Wirkung zum 21. September 2016

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 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 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 26. September 2016 unter www.institut-ba.de] bedarf in der Anlage 1 in den Datensatzbeschreibungen der redaktionellen Korrektur. Mit Erratum vom 12. Oktober 2016 wurde in den Satzarten „ANZASV116b_SUM“ sowie „ANZASV116b_LANR“ jeweils im Feld Nr. 06 „Abrechnungsweg“ in der Erläuterungsspalte für das Abrechnungsquartal ab 20171 in der Ziffer 2 das Wort „nicht“ gestrichen sowie das Wort „Abrechnungs-IKs“ auf den Singular angepasst. Die zuletzt genannte Änderung wurde ebenfalls in der Satzart „ANZASV116b_IK“ im Feld Nr. 07 vorgenommen.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016

**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 21. September 2016

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).

Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde Verständlichkeit und Klarheit dieses Beschlusses erheblich einschränken. Die in diesem Beschluss verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

1. Befristung bestehender Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Der 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 wird befristet bis zum Bereinigungsquartal 1/2016. Die Regelungen des vorliegenden Beschlusses gelten ab dem Bereinigungsquartal 2/2016; Regelungen, die die Datenlieferungen gemäß Nr. 5 betreffen, gelten ab dem Abrechnungsquartal 2/2016.

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 vier 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.

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

1. Die Bereinigung des Behandlungsbedarfs erfolgt jeweils indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, 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 vier 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 vier 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 zwölf Wochen, nachdem eine Konkretisierung in Kraft tritt, weitere indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zu den in Nr. 4 genannten Festlegungsfragen und benennt dabei ggf. zu berechnende Varianten.
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 abweicht, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine gegebenenfalls notwendige Anpassung dieses Wertes; hierzu wird das verwendete Quartal der ARZTRG87aREG-Daten im Beschluss nach Satz 1 nachrichtlich mitgeteilt.
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 ersten zwölf 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).

Nach einem Zeitraum von jeweils drei Jahren wird das Verfahren der Höchstwertermittlung umgestellt: Für die Bereinigungsquartale dreizehn bis sechzehn sind die jeweils für das Vorjahresquartal festgestellten KV- und indikationsspezifischen Höchstwerte der Bereinigungsquartale neun bis zwölf unverändert zu übernehmen.

10. Zur Feststellung des Differenzbereinigungsvolumens eines Bereinigungsquartals in Punkten bestimmen die Gesamtvertragspartner anhand der für das Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses und indikationsspezifisch einmalig gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse bereitgestellten Daten gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Quartal 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 drei 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 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse einmalig festgestellten indikationsspezifischen Patientenzahl nach § 116b SGB V (alt) des jeweiligen Vorjahresquartals der ersten vier Bereinigungsquartale herangezogen.
- In den Bereinigungsquartalen, die mindestens drei 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 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender

Folgebeschlüsse 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. Eine formale Beschreibung der Ermittlung der Patientenzahl nach Satz 1 findet sich in Nr. 1 der Anlage 1 dieses Beschlusses.

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

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, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 379. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechenden Folgebeschlüssen, 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 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, dies betrifft insbesondere die in Nr. 1 der Anlage 2 dieses Beschlusses aufgeführten Sachverhalte. Diese Prüfung erfolgt unter Zuhilfenahme einer vom Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben festzulegenden Datengrundlage gemäß § 87 Abs. 3f SGB V. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 eine anlassbezogene Datenlieferung. Diese enthält diejenigen gemäß § 2 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 (ASV-AV) übermittelten Attribute, die unter Berücksichtigung der in Nr. 2 der Anlage 2 genannten Eckpunkte für diese Prüfung benötigt werden. Die Bereitstellung der Daten erfolgt für die Abrechnungszeiträume 2015 bis 2020. Die ersten Datenlieferungen an das Institut bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses (für die Quartale der Abrechnungsjahre 2015 und 2016) erfolgen spätestens parallel zur Lieferung des Jahrgangs 2016 der Geburtstagsstichprobe im Jahr 2017.

3. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung durchschnittlicher indikationsspezifischer Bereinigungsmengen je Patient

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, jeweils innerhalb von vier 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), bzw. gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse erhobenen Geburtstagsstichprobe einschließlich der arztbezogenen Ergänzung gemäß Nr. 6.

Grundsätzlich wird zur Berechnung das letzte vorliegende Jahr herangezogen, wobei ggf. nach den Berechnungsvorgaben gemäß Nr. 4 zusätzlich eine Anzahl von Vorjahren verwendet werden kann (Datenjahr(e)).

Selektivvertragsteilnehmerinnen und -teilnehmer werden jahresweise aus den Berechnungen ausgeschlossen; die Abgrenzung erfolgt gemäß dem jeweils aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Grundlage ist die jeweils aktuelle Version der Daten gemäß Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 oder entsprechender Folgebeschlüsse.

Die Versicherten in der Geburtstagsstichprobe werden mittels demografischer Hochrechnungsfaktoren (DHF) auf die Grundgesamtheit aller gesetzlich Versicherten im jeweiligen Quartal hochgerechnet. Die DHF werden quartals- und KV-spezifisch auf der Menge der Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend den Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) bestimmt. Bezugsgröße ist die KM6-Statistik des jeweiligen Datenjahres, gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVER87a der jeweiligen KV im entsprechenden Quartal des jeweiligen Datenjahres und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik des jeweiligen Datenjahres.

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 Ergänzten 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 zum Berechnungszeitpunkt aktuellsten vorliegenden Fassung der ARZTRG87aREG-Daten der jeweiligen Indikation vorzusetzen (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 eine vergleichbare Morbidität und ggf. ein vergleichbares Alter und Geschlecht 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 ASV-Bereinigungsrechnungen jeweils innerhalb von zwölf 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;
- ob neben dem aktuellsten vorliegenden Jahr der Datengrundlage zusätzlich eine Anzahl von Vorjahren zur Berechnung herangezogen wird.

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 hinsicht-

lich KV-Abgrenzung, 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).

Der Bewertungsausschuss überprüft bei gegebenem Anlass, insbesondere bei Änderungen der ASV-Richtlinie oder ihrer Anlagen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, des EBM oder der Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, indikationsspezifisch die Auswirkungen dieser Änderungen auf die Berechnungsvorgaben und die sich daraus ergebenden Bereinigungsbeträge nach Nr. 3. Ggf. beschließt der Bewertungsausschuss bei einer sich aus den Änderungen ergebenden Abweichung der bundesdurchschnittlichen Bereinigungsbeträge oder der Anzahl der hochgerechneten bundesweiten Quartalspatienten in der Datengrundlage für eine Indikation eine nicht rückwirkende entsprechende Anpassung der Berechnungsvorgaben und Bereinigungsbeträge.

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 Vertrags-

partner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V übermittelt. Die Zählung als Patient wird dabei jeweils durch die erste von der Krankenkasse für einen Abrechnungsfall gemäß § 3 Abs. 3 ASV-Abrechnungsvereinbarung zur Zahlung freigegebene Abrechnung ausgelöst. 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 anhand der Kassenartkennzeichnung gemäß Satzart 219 und Satzart 220 der bundesweiten Versichertenstichprobe auf dem jeweils aktuellsten vorliegenden Stand, 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.

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, ggf. über ihre Dienstleister, 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 AN-ZASV116b_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. Die Datenlieferungen erfolgen gemäß der Datensatzbeschreibung in Nrn. 2 und 3 der Anlage 1 und enden nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums gemäß Nr. 2.

6. Arztbezogene Ergänzung der Geburtstagsstichprobe

Beginnend mit dem Berichtsjahr 2014 übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 87 Abs. 3f SGB V jährlich jeweils bis zum 15. Januar für das vorvorher-

gehende 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 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 oder entsprechenden Folgebeschlüssen an die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Die Lieferung in den Satzarten 210A, 211A und AST_EBM_ARZT für die Berichtsjahre 2014 bis 2020 kann durch die entsprechende Datenlieferung gemäß den Abschnitten II. und III. des Beschlusses Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 oder entsprechenden Folgebeschlüssen ersetzt werden, sofern die nach dem vorliegenden Beschluss zu liefernden Daten keinen aktuelleren Stand aufweisen.

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 Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse ist auch bei ggfs. erforderlichen Korrekturlieferungen die Verknüpfbarkeit der Daten sicherzustellen.

7. 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.

Protokollnotizen:

1. Der Bewertungsausschuss wird prüfen, ob eine Ausgleichsregelung für Versicherungszahldifferenzen eines KV-Bezirks analog zur Bereinigung im Falle von Selektivverträgen im Aufsatzwertverfahren gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 379. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse, Nr. 2.2.3 auf Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen ist.

2. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. Dezember 2016 die Ergänzung der Schlüsselverzeichnisse gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) um ein Schlüsselverzeichnis 8b beschließen, das alle Abrechnungs-IKs enthält, die die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit ihnen verbundene oder von ihnen beauftragte Organisationen im Rahmen der ASV-Abrechnung verwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird das Institut des Bewertungsausschusses bei der Erstellung und Pflege des Schlüsselverzeichnisses 8b unterstützen.

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 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. Formale Beschreibung der Ermittlung der Patientenzahl gemäß Nr. 2 Ziffer 10 Satz 1

In den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten einer Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Indikation wird die Patientenzahl im Bereinigungsquartal t wie folgt ermittelt:

$$w_t = y_t + \frac{x_t}{2} + \max\left(0, \frac{x_t - 2 \cdot f \cdot z_{t_0}}{2}\right)$$

Ab dem vierten Jahr nach Inkrafttreten einer Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Indikation wird die Patientenzahl im Bereinigungsquartal t wie folgt ermittelt:

$$w_t = y_t + \max(0, x_t - f \cdot z_{t_0})$$

Dabei gilt die folgende Notation:

- t Bereinigungsquartal (etwa 3/2016)
- t_0 entsprechendes Vorjahresquartal der ersten vier Bereinigungs quartale (So ist etwa das Quartal $t_0=3/2014$ das entsprechende Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal $t=3/2016$, wenn die ersten vier Bereinigungs quartale etwa die Quartale 2/2015-1/2016 sind.)
- w_t Zahl der Patienten gemäß Nr. 2 Ziffer 10 Satz 1 im Bereinigungsquartal t
- x_t Zahl der Patienten zu Fällen mit „Art des ASV-Teams“-Kennzeichen „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ im Bereini gungsquartal t

- y_t Zahl der Patienten zu Fällen mit „Art des ASV-Teams“-Kennzeichen „ausschließlich Vertragsärzte“ im Bereinigungsquartal t
- z_{t_0} Zahl der Patienten nach § 116b SGB V (alt) im Quartal t_0 (einmalig festgestellt)
- f Umrechnungsfaktor gemäß Nr. 4

2. Kompression und Verschlüsselung

Für Datenlieferungen, für die der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses als Lieferant oder Empfänger fungieren, gilt, dass Datenlieferant und Datenempfänger jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben vereinbaren.

Für Datenlieferungen auf Landesebene (betrifft die ANZASV116b_LANR) gelten zusätzlich die folgenden Vorgaben:

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.

3. Dateibeschreibung

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. Zeichenketten werden nicht durch Textbe-

grenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Die Schlüsselverzeichnisse in der jeweils gültigen Version werden gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) oder entsprechender Folgebeschlüsse auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluessselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Für die Satzarten ist folgende Dateinamenskonvention 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_CC_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.

Für die Übermittlung der Satzart ANZASV116b_IK durch den GKV-Spitzenverband 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 ist abweichend folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_IK_Abrechnungsquartal_WOPKV_Kassenart_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_IK_JJJQ_CC_CCC_CCC.Endung

Die Kassenart bezeichnet für die Übermittlung an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V die zugehörige Kassenart (AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK). Für die Übermittlung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das Institut des Bewertungsausschusses steht an der Stelle der Kassenart der Wert ‚GKV‘ und diese Dateien stellen je WOPKV und Abrechnungsquartal eine Gesamtlieferung über alle Kassen dar.

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 behandelter 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 ASV-Leistungen für einen Abrechnungsfall erstmals zur Zahlung freigegeben wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Freigabe zur Zahlung der ersten die Patientenzählung auslösenden Abrechnung bei einer Krankenkasse; erfolgt die Freigabe bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Freigabe 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 gemäß Schlüsselverzeichnis 8)
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
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	Art des ASV-Teams	M	1	numerisch	Art des ASV-Teams 1 = ausschließlich Vertragsärzte 2 = ausschließlich Krankenhausärzte 3 = gemischtes Team Hinweis: Die Ermittlung erfolgt jeweils anhand des Feldes Teamart gemäß der Technischen Anlage zur Anlage 1 der ASV-AV zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals.
07	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	Bis einschließlich Abrechnungsquartal 20164: Weg der ASV-Abrechnung 1 = Direktabrechner 2 = KV 3 = sonstiger Dienstleister 4 = mehr als ein Abrechnungsweg Ab Abrechnungsquartal 20171: 1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind. 2 = mindestens eine Abrechnung von einem Abrechnungs-IK, das im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.
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	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant "ANZASV116b_SUM"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem ASV-Leistungen für einen Abrechnungsfall erstmals zur Zahlung freigegeben wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Freigabe zur Zahlung der ersten die Patientenzählung auslösenden Abrechnung bei einer Krankenkasse; erfolgt die Freigabe bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Freigabe 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	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)
04	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)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
05	Art des ASV-Teams	M	1	numerisch	Art des ASV-Teams 1 = ausschließlich Vertragsärzte 2 = ausschließlich Krankenhausärzte 3 = gemischtes Team Hinweis: Die Ermittlung erfolgt jeweils anhand des Feldes Teamart gemäß der Technischen Anlage zur Anlage 1 der ASV-AV zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals.
06	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	Bis einschließlich Abrechnungsquartal 20164: Weg der ASV-Abrechnung 1 = Direktabrechner 2 = KV 3 = sonstiger Dienstleister 4 = mehr als ein Abrechnungsweg Ab Abrechnungsquartal 20171: 1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind. 2 = mindestens eine Abrechnung von einem Abrechnungs-IK, das im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.
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. Dabei sind sowohl bereichseigene als auch bereichsfremde Abrechnungen einzubeziehen. Diese Satzart dient der Unterstützung der Berücksichtigung der vorgenommenen Bereinigungen bei der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und ist nicht summenidentisch mit der Satzart ANZASV116b_IK.

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant "ANZASV116b_LANR"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem ASV-Leistungen für einen Abrechnungsfall erstmals zur Zahlung freigegeben wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Abrechnungsquartal erfolgt nach dem Datum der Freigabe zur Zahlung der ersten die Patientenzählung auslösenden Abrechnung bei einer Krankenkasse; erfolgt die Freigabe bis zum 15. des dritten Monats nach dem Leistungsquartal, entspricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Freigabe 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)
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
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	Bis einschließlich Abrechnungsquartal 20164: Weg der ASV-Abrechnung 1 = Direktabrechner 2 = KV 3 = sonstiger Dienstleister 4 = mehr als ein Abrechnungsweg Ab Abrechnungsquartal 20171: 1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind. 2 = mindestens eine Abrechnung von einem Abrechnungs-IK, das im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.
07	LANR	M	9	alphanum.	Lebenslange Arztnummer im Klartext
08	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 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. Überprüfungsauftrag

Der Überprüfungsauftrag gemäß Nr. 2, Ziffer 13 sieht vor, dass der Bewertungsausschuss ab dem Jahr 2016 prüft, ob seine Verfahrensvorgaben zur ASV-Bereinigung angepasst werden müssen, insbesondere hinsichtlich:

0.
 - a. der dynamischen Festlegung von Höchstwerten für bereinigungsrelevante, indikationsspezifische ASV-Patientenzahlen
 - b. der Befristung des Bereinigungszeitraums auf derzeit vier Jahre je Indikation und KV-Bezirk, auch unter Berücksichtigung verspäteter Abrechnungen.

Darüber hinaus werden folgende weitere Fragestellungen im Rahmen der umfassenden Überprüfung der Verfahrensvorgaben zum ASV-Bereinigungsverfahren sowie der Vorbereitung einer ggf. zu treffenden Entscheidung über ein Korrekturverfahren untersucht:

1. In welchem Umfang werden in den KV-Bezirken kollektivvertragliche Leistungen tatsächlich in die ASV verlagert?
 - a. Sind die getroffenen GOP-spezifischen Annahmen zur Ermittlung des bundeseinheitlichen Abschlags für Mehrfachinanspruchnahme sachgerecht?
 - b. Sind die getroffenen Annahmen zur selektiven Arztgruppenspezifität (d. h. zu ASV-induzierten Leistungsverlagerungen zwischen Arztgruppen) bei der Ermittlung KV- und indikationsspezifischer durchschnittlicher Leistungsmengen je Patient sachgerecht?
 - c. Sind die getroffenen Annahmen zur Berücksichtigung von Grundpauschalen sowie von neuen und modifizierten Leistungen im Appendix bei der Ermittlung KV- und indikationsspezifischer durchschnittlicher Leistungsmengen je Patient sachgerecht?

- d. Ist die einmalige Bestimmung KV- und indikationsspezifischer durchschnittlicher Leistungsmengen je Patient sachgerecht?
2. In welchem Umfang sinkt die Leistungsmenge bei ASV-Patienten im Kollektivvertrag?
 - a. Gibt es Hinweise auf eine unvollständige Verlagerung des Appendix-Leistungsbedarfs aus dem Kollektivvertrag in die ASV?
 - b. Gibt es Hinweise auf eine ASV-induzierte Mehrfachinanspruchnahme infolge paralleler kollektivvertraglicher Behandlung durch den bisherigen Arzt des Vertrauens oder Fehlsteuerungen?
3. Welche assoziierten Erkrankungen werden im Rahmen der jeweiligen ASV-Indikation mitbehandelt?
 - Sind die getroffenen Annahmen zu den mit der jeweiligen ASV-Indikation regelhaft assoziierten Erkrankungen bei der Abgrenzung der potenziellen Vergleichsversicherten zur Ermittlung des Multimorbiditätsfaktors sachgerecht?
4. In welchem Umfang gehen Leistungsabrechnungen für einen ASV-Patienten verspätet gegenüber dem Leistungsquartal ein, und inwiefern entsteht daraus ein Bedarf zur Anpassung der Bereinigungsvorgaben?
5. Zu welchem Zeitpunkt erfolgt die tatsächliche Umstellung von § 116b SGB V (alt) auf § 116b SGB V (neu) für die jeweilige ASV-Indikation?
 - Sind die getroffenen Annahmen zur „Risikoteilung“ bei der Feststellung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl von gemischten Teams und Krankenhausteams innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Start einer neuen ASV-Indikation sachgerecht (hälftiger Ansatz der beobachteten Patientenzahl, bis die §-116b–SGB-V-(alt)-Patientenzahl erreicht ist)?
6. Welche Unterschiede bestehen zwischen dem indikationsspezifischen ASV-Behandlungsumfang und den Bereinigungsbeträgen differenziert nach Krankenhäusern und Vertragsärzten?

2. Umsetzung des Überprüfungsauftrags

Die im Rahmen des Überprüfungsauftrags zu bearbeitenden Fragestellungen gemäß Nr. 1 werden nicht isoliert, sondern bezogen auf den jeweiligen Kontext beantwortet. Das Prüfkonzept umfasst die Bildung von Vergleichsgruppen (tatsächliche und potenzielle ASV-Patienten) mit kollektivvertraglichen Daten sowie in Abhängigkeit von der

jeweiligen Fragestellung zusätzlich die Betrachtung der tatsächlichen Behandlung innerhalb der ASV.

Die vom Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließende Datengrundlage für die Bearbeitung des Überprüfungsauftrags wird übergreifend zur Beantwortung aller Fragestellungen gemäß Nr. 1 genutzt und umfasst insbesondere folgende Informationen:

- a) Übermittlung von ASV-Patienten-Stammdaten und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten

Der GKV-Spitzenverband übermittelt für sämtliche ASV-Patienten des jeweiligen Jahres die in den Satzarten 200 und 201 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung oder entsprechenden Folgebeschlüssen festgelegten Merkmale der Versicherten, zuzüglich der Angabe zur ASV-Indikation, unter Berücksichtigung eines ggf. entsprechend angepassten Pseudonymisierungsverfahrens an das Institut des Bewertungsausschusses.

Ergänzend hierzu übermittelt der GKV-Spitzenverband der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit einem noch abzustimmenden zeitlichen Vorlauf rechtzeitig eine zweckgebundene Liste der – gemäß dem ggf. angepassten Pseudonymisierungsverfahren – pseudonymisierten Versichertennummern der bislang nicht in der Geburtstagsstichprobe enthaltenen ASV-Patienten des jeweiligen Berichtsjahres. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die zu diesen ASV-Patienten gehörigen, in den Satzarten 202 und 203 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung oder entsprechenden Folgebeschlüssen festgelegten Merkmale sowie die in der Satzart 210A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung oder entsprechenden Folgebeschlüssen festgelegten Merkmale an das Institut des Bewertungsausschusses.

Eventuell erforderliche Änderungen an den genannten Satzarten sowie das Nähere zu Lieferterminen, den ggf. erforderlichen Fristen für Korrekturlieferungen und den Vorgaben für die Qualitätssicherung der Daten werden ebenfalls bis zur Beschlussfassung am 31. Dezember 2016 abgestimmt.

- b) Übermittlung der im Rahmen der ASV abgerechneten Gebührenordnungspositionen

Der GKV-Spitzenverband übermittelt für sämtliche ASV-Patienten des jeweiligen Jahres die Informationen Leistungsquartal, PersonenID, ASV-Indikation, Teamart, Arztgruppe, GOP und Anzahl der GOP an das Institut des Bewertungsausschusses.

- c) Übermittlung der im Rahmen der ASV gestellten Diagnosen

Der GKV-Spitzenverband übermittelt für sämtliche ASV-Patienten des jeweiligen Jahres die Informationen Leistungsquartal, PersonenID, ASV-Indikation und gesicherte Behandlungsdiagnose an das Institut des Bewertungsausschusses.

d) Verlängerung der Übermittlung von ASV-Patientenzahlen

Die Übermittlung der Anzahl der in der ASV behandelten Patienten gemäß den Satzarten ANZASV116b_IK und ANZASV116b_SUM aus Nr. 3 der Anlage 1 erfolgt über Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses hinaus durchgängig für sämtliche Indikationen und KV-Bezirke bis zum Abrechnungsquartal 4/2020.

e) Verlängerung der Übermittlung von §-116b-SGB-V-(alt)-Patientenzahlen

Die Übermittlung der Anzahl der nach § 116b SGB V a. F. behandelten Patienten gemäß den Satzarten ANZ116bALT_IK und ANZ116bALT_SUM des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung erfolgt durchgängig für sämtliche Leistungsquartale bis zum Ablauf der jeweiligen Bestandschutzfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten der betreffenden ASV-Indikation.

f) Übermittlung der für Zahlbeträge für ASV-Behandlungen

Der GKV-Spitzenverband übermittelt für sämtliche ASV-Behandlungen des jeweiligen Jahres die Informationen Leistungsquartal, Zahlungsquartal, ASV-Indikation, Wohnort-KV, Teamart und Zahlbetrag an das Institut des Bewertungsausschusses.

g) Übermittlung der regionalen Bereinigungsbeträge aufgrund von ASV

Analog zum Lieferweg der Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Informationen Bereinigungsquartal, ASV-Indikation, Wohnort-KV und Bereinigungssumme erhoben und ans Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

h) Übermittlung der regional vereinbarten Höchstwerte

Analog zum Lieferweg der Daten zu regional vereinbarten Vergütungsaspekten im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung werden die gemäß Nr. 2 Ziffer 9 des vorliegenden Beschlusses vereinbarten Höchstwerte indikationsspezifisch für alle betroffenen Quartale erhoben und ans Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

i) Übermittlung des Stammverzeichnisses der innerhalb der ASV abrechenbaren GOP

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt das Verzeichnis der innerhalb der ASV abrechenbaren Gebührenordnungspositionen in der Satzart SD_EURO_GO quartalsweise an das Institut des Bewertungsausschusses.