

Lesefassung des B E S C H L U S S E S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018**

**zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2018

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V – im Folgenden **ASV-Bereinigung** – hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit den zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen auf Basis der Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen beschlossen.

Durch die AG ASV-Bereinigungsberechnungen werden die zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen definiert und indikationsspezifisch konkretisiert. Die Vorgaben werden in maschinell verarbeitbaren Dateien im csv-Format durch das Institut des Bewertungsausschusses aufbereitet. Die Struktur dieser Dateien ist im technischen Anhang 2 dieses Beschlusses geregelt. Das Institut des Bewertungsausschusses führt auf dieser Basis Berechnungen durch und legt das Ergebnis der AG ASV-Bereinigungsberechnungen und dem Bewertungsausschuss vor.

Die allgemeinen, grundsätzlich indikationsübergreifend geltenden Vorgaben des Bewertungsausschusses wie auch seine sich auf Grundlage der oben genannten Berechnungen ergebenden indikationsspezifischen Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner werden nachfolgend aufgeführt.

Dem Aufbau der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) entsprechend, untergliedert sich dieser Beschluss dabei in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden Teil sowie indikationsspezifische Festlegungen in Anlagen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

1. Indikationsspezifische Bereinigung

Die ASV-Bereinigung erfolgt jeweils KV- und indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen. Alle im Rahmen der ASV-Bereinigung benötigten indikationsspezifischen Festlegungen werden in Anlagen zu diesem Beschluss getroffen. Die Partner der Gesamtverträge auf regionaler Ebene bestimmen die ASV-Differenzbereinigungsmengen für ein Bereinigungsquartal gemäß den Verfahrensvorgaben dieses Beschlusses in Verbindung mit den Festlegungen in den entsprechenden Anlagen.

2. Bereinigungsbeginn und -zeitraum

Die ASV-Bereinigung beginnt mit dem Folgequartal jenes Abrechnungsquartals, für welches erstmals eine regionalisierte und indikationsspezifische Datenlieferung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A erfolgt ist und ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten mit Wohnort im betreffenden KV-Bezirk (tatsächliche ASV-Patientenzahl) gemeldet wurden (**Signalquartal**).

Das Abrechnungsquartal, für welches die ASV-Bereinigung jeweils erfolgt, wird **Bereinigungsquartal** genannt, auch wenn die Bereinigung erst nach Quartalsende umgesetzt wird. Die ASV-Bereinigung erfolgt quartalsweise als basiswirksame Differenzbereinigung über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die in Satz 1 genannten Datenlieferungen zu ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten enthalten jeweils die Ausgangswerte für die quartalsweise Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen.

Die basiswirksame ASV-Bereinigung erfolgt durch die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal. Dabei wird die Summe aller für das aktuelle Quartal nach Nr. 7 bestimmten indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V abgezogen. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere hierzu in seinem Beschluss der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. in 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.

3. Weitere Datengrundlage für die Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

Durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil B wird den regionalen Gesamtvertragspartnern die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß § 87a Abs. 6 SGB V bereitgestellt. Diese werden im Rahmen der Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen anteilig angerechnet. Dabei wird für das jeweils aktuelle Bereinigungsquartal auf die indikationsspezifisch einmalig festgestellte historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten des entsprechenden Vorjahresquartals zu den ersten vier Bereinigungsquartalen bzw. auf die vom Institut des Bewertungsausschusses aufbewahrten Daten der letzten Zeiträume, in denen eine Inanspruchnahme von Leistungen gemäß der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) möglich war, zurückgegriffen.

4. Darstellung des Rechenwegs zur Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge

Die Berechnung ist hier verbal und im technischen Anhang 1 dieses Beschlusses als Teil eines Excel-Rechenschemas zur Ermittlung der ASV-Differenzbereinigungsmengen dargestellt. Die einvernehmliche Anwendung abweichender Darstellungen des durch den vorliegenden Beschluss vorgegebenen Rechenwegs für die Bestimmung der ASV-

Differenzbereinigungsmengen in einem Bereinigungsquartal ist möglich, sofern sich hierdurch keine Veränderung des Rechenwegs ergibt.

5. Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

Zur Feststellung der ASV-Differenzbereinigungsmengen werden im ersten Schritt indikationsspezifisch, ggf. getrennt nach Subspezialisierung, die bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen bestimmt.

5.1 Ausgangsbasis

Ausgangsbasis ist die **tatsächliche ASV-Patientenzahl** auf Grundlage der Datenlieferung nach Nr. 2 Satz 1 für das jeweilige Bereinigungsquartal, getrennt für die drei Teamarten „ausschließlich Vertragsärzte“, „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“.

5.2 Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl

Die Bestimmung der **zu berücksichtigenden ASV-Patientenzahl** erfolgt unter anteiliger Anrechnung der für ein Bereinigungsquartal indikationsspezifisch einmalig festgestellten historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß der Datenlieferung nach Nr. 3 Satz 1 bei den für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldeten tatsächlichen ASV-Patientenzahlen (im Folgenden **x**) wie folgt:

- Für die Bereinigungsquartale der **ersten drei Jahre**, nachdem die jeweilige Beschlussfassung zu den in den Anlagen aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen des G-BA in Kraft getreten ist, wird folgende Rechnung durchgeführt:
 - a) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl, die für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“ gemeldet wurde, geht ohne Kürzung in die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl ein.
 - b) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl **x**, die für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldet wurde, wird mit dem Faktor 0,5 multipliziert und zu lit. a) dieser Rechenvorgabe addiert.
 - c) Zudem wird die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten wie folgt angerechnet:

Zunächst wird die jeweilige historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß Nr. 3 mit dem Umrechnungsfaktor gemäß Nr. 5 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss multipliziert, der die Umrechnung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten ermöglicht. Das erhaltene Produkt wird mit dem Faktor zwei multipliziert und dann von der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x abgezogen; das Ergebnis daraus wird durch zwei dividiert.

Das Maximum vom so erhaltenen Wert und null wird zu lit. b) dieser Rechenvorgabe addiert. Das Ergebnis bildet die bei der Bereinigung zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl.

- Für die Bereinigungsquartale, die **mindestens drei Jahre, nachdem** die jeweilige Beschlussfassung zu den in den Anlagen aufgeführten Erkrankungen bzw. hochspezialisierten Leistungen des G-BA in Kraft getreten ist, beginnen, wird folgende Rechnung durchgeführt:

d) Die Zahl der tatsächlichen ASV-Patienten, die für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“ gemeldet wurde, geht ohne Kürzung in die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl ein.

e) Bei der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x , die für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldet wurde, wird die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten wie folgt angerechnet:

Zunächst wird die jeweilige historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß Nr. 3 mit dem Umrechnungsfaktor gemäß Nr. 5 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss multipliziert, der die Umrechnung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten ermöglicht. Dieser Wert wird von der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x abgezogen.

Das Maximum vom so erhaltenen Wert und null wird zu lit. d) dieser Rechenvorgabe addiert. Das Ergebnis bildet die bei der Bereinigung zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl.

Muss aufgrund eines verzögerten ASV-Bereinigungsbeginns für die Bestimmung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten auf gemäß

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil B Nr. 4 vom Institut des Bewertungsausschusses aufbewahrte und rückzuspielende Daten zurückgegriffen werden, wird in jedem Bereinigungsquartal die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten des aufbewahrten und rückgespielten entsprechenden Leistungsquartals¹ verwendet.

5.3 Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl

Die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Nr. 5.2 wird ggf. begrenzt auf den indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwert und als **bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl** definiert.

Der indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert ist indikationsspezifisch als quartalsdurchschnittliche Anzahl vertragsärztlich behandelter Patienten im jeweiligen KV-Bezirk gemäß Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss verbindlich vorgegeben. Vor Beginn des vierten Bereinigungsjahres wird der indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert jeweils auf einer aktuelleren Datengrundlage durch die AG ASV-Bereinigungsrechnung überprüft und ggf. durch den Bewertungsausschuss in einer Ergänzung zu Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss für die Quartale des vierten Bereinigungsjahres verbindlich angepasst.

6. Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungswertes

Zur Feststellung der ASV-Differenzbereinigungsmengen werden im zweiten Schritt indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, die im Bereinigungsquartal anzuwendenden **regionalen ASV-Bereinigungswerte** in Punkten durch die Gesamtvertragspartner bestimmt. Dazu erfolgt eine Fortschreibung der vom Bewertungsausschuss für diesen KV-Bezirk beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwerte in Punkten gemäß Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss auf das jeweilige Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals. Die ASV-Fallwerte in Punkten gemäß Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss werden dabei durch Anwendung der jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen pro-

¹ Für das erste Bereinigungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzuspielende entsprechende erste Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen, für das zweite Bereinigungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzuspielende entsprechende zweite Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen usw.

zentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung verwendeten Datenjahr der Geburtstagsstichprobe gemäß Nr. 1 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals, fortentwickelt.

Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage gemäß Nr. 2 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss nicht enthaltenen Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt oder im Zeitverlauf von der bei der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Abgrenzung gemäß der Satzart ARZTRG87aREG abweicht, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine ggf. notwendige regionale Anpassung des vom Bewertungsausschuss beschlossenen ASV-Fallwerts.

7. Bestimmung der ASV-Bereinigungen und der ASV-Differenzbereinigungen

Die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungen erfolgt gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal.

7.1 Quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungen im Bereinigungsquartal

Die Gesamtvertragspartner bestimmen zunächst indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, die **ASV-Bereinigungen** als Produkt aus den indikationsspezifischen bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 5 und den jeweiligen regionalen ASV-Bereinigungsfallwerten im Bereinigungsquartal in Punkten gemäß Nr. 6. Die so bestimmten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungen multiplizieren sie abschließend mit dem Verhältnis des für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zu für das Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk insgesamt festgestellten Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung, umgerechnet in Punkte durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals. Auf diese Weise erhalten sie die **quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungen** im Bereinigungsquartal.

7.2 Fortentwickelte quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals

Die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals sind die im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 7.1 bereits bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen. Die Gesamtvertragspartner schreiben diese um die jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie um die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Vorvorjahresquartal und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals fort und erhalten so die **fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal** des Bereinigungsquartals.

Wurde im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals kein Wert gemäß Nr. 7.1 bestimmt, so sind die fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gleich Null.

7.3 ASV-Differenzbereinigungsmengen

Die Bildung der indikationsspezifischen **ASV-Differenzbereinigungsmengen** erfolgt, indem von den nach Nr. 7.1 bestimmten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal die nach Nr. 7.2 bestimmte fortentwickelten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals abgezogen werden.

Wurden in den Bereinigungsquartalen 2018/1 bis 2018/4 im Vorjahresquartal indikationsspezifische Differenzbereinigungsvolumen in Punkten nach den Vorgaben älterer Beschlüsse als dem vorliegenden bestimmt (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 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 bzw. Beschluss in der 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), ist abweichend von der Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen nach dieser Nummer wie folgt zu verfahren:

Zur Ermittlung der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals von den Gesamtvertragspartnern bestimmten und quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen ist eine Aufsummierung der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsvolumen der vergangenen Zeiträume bei gleichzeitiger Fortentwicklung dieser Werte notwendig. Wesentlich dabei ist, dass die (Differenz-) Bereinigung jeweils auf Werten des jeweiligen Vorjahresquartals eines Bereinigungsquartals beruht, was wie folgt berücksichtigt wird:

Zunächst wird jedes für das gleiche Quartal in den Vorjahren bis einschließlich dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals nach Nr. 2 Ziffer 10 der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung bzw. in seiner 383. Sitzung festgestellte indikationsspezifische Differenzbereinigungsvolumen in Punkten identifiziert. Die Fortschreibung dieser Volumina erfolgt für den Zeitraum zwischen dem jeweiligen Vorjahresquartal der damaligen Bereinigung und dem Vorjahresquartal des aktuellen Bereinigungsquartals mit den entsprechenden Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den entsprechenden basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Abschließend erfolgt indikationsbezogen für ein gleiches Quartal die Aufsummierung dieser fortentwickelten Volumina.

Die Bildung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen im aktuellen Bereinigungsquartal erfolgt, indem die nach Nr. 7.3 Absatz 4 für das jeweilige Quartal ermittelten indikationsspezifischen Summen fortentwickelter ASV-Differenzbereinigungsvolumen der Vorjahresquartale von den nach Nr. 7.1 bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal abgezogen werden.

8. Ausschluss von Doppelbereinigungen

Bei der Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V sind Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen mit der Bereinigung aufgrund von ASV durch die regionalen Bereinigungspartner auszuschließen.

Technischer Anhang 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner

Bereinigungs quartale, die in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA für die jeweilige Indikation beginnen

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungs quartals	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungs quartal (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungs quartal (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im betreffenden Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{t0}
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungs quartal ($0,5 \times (\text{Nr. 2} - (2 \times \text{Nr. 3} \times \text{Nr. 4}))$)	
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungs quartal ($(0,5 \times \text{Nr. 2}) + \max\{0, \text{Nr. 5}\}$)	
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungs quartal (Nr. 1 + Nr. 6)	w_t
		$w_t = y_t + \frac{x_t}{2} + \max\left(0, \frac{x_t - 2 \cdot f \cdot z_{t0}}{2}\right)$	
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungs quartal ($\min\{\text{Nr.7}, \text{Nr. 8}\}$)		
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfalles im Bereinigungs quartal	10	ASV-Fallwert (in Punkten), ggf. unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MG-Abgrenzung des Bereinigungs quartals (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr.3)	
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 vom Jahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	12	Regionaler ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungs quartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungs quartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1	
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungs quartal (Nr. 12 x Nr. 9)	
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungs quartal (Nr. 14 x Nr. 13)	
	16	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahres quartals berechnung	
	17	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals auf das Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	18	Fortentwickelte quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahres quartal des Bereinigungs quartals Nr. 16 x (Nr. 17)	
	19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungs quartal (Nr. 15 - Nr. 18)	

Bereinigungsquartale, die mindestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA für die jeweilige Indikation beginnen

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungsquartals	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im betreffenden Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{t0}
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (Nr. 2 - (Nr. 3 x Nr. 4))	
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ($\max\{0, \text{Nr. 5}\}$)	
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) $w_t = y_t + \max(0, x_t - f \cdot z_{t0})$	w_t
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
	9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal ($\min\{\text{Nr.7}, \text{Nr. 8}\}$)	
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwertes im Bereinigungsquartal	10	ASV-Fallwert (in Punkten), ggf. unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr.3)	
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 vom Jahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	12	Regionaler ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11))	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1	
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 12 x Nr. 9)	
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 14 x Nr. 13)	
	16	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahresquartalsberechnung	
	17	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	18	Fortentwickelte quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Nr. 16 x Nr. 17	
	19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 15 - Nr. 18)	

Bereinigungsquartale 2018/1 bis 2018/4, die in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA für die jeweilige Indikation beginnen, bei indikationsspezifischer Bereinigung aufgrund ASV im Vorjahresquartal gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 335. bzw. 383. Sitzung

Bestimmung der bereinigungselevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungsquartals	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	Y_t
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	X_t
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im jeweiligen Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM)	Z_{t0}
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 ($0,5 \times (\text{Nr. 2} - (2 \times \text{Nr. 3} \times \text{Nr. 4}))$)	
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 ($((0,5 \times \text{Nr. 2}) + \max\{0, \text{Nr. 5}\})$)	
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 1 + Nr. 6)	W_t
		$W_t = Y_t + \frac{X_t}{2} + \max\left(0, \frac{X_t - 2 \cdot f \cdot Z_{t0}}{2}\right)$	
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 ($\min\{\text{Nr. 7}, \text{Nr. 8}\}$)		
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungswertes im Bereinigungsquartal	10	ASV-Fallwert (in Punkten), ggf. unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MG-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr.3)	
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 vom Jahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	12	Regionaler ASV-Bereinigungswert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2018 gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1	
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 12 x Nr. 9)	
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 14 x Nr. 13)	
	16a	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2015	
	16b	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2016	
	16c	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2017	
	17a	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2015 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2015 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	17b	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2016 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2016 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	17c	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2017 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2017 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	18	Summe der auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2018 fortentwickelten ASV-Differenzbereinigungsvolumen in den jeweiligen Vorjahresquartalen (Nr. 16a x (Nr. 17a x Nr. 17b x Nr. 17c) + Nr. 16b x (Nr. 17b x Nr. 17c) + Nr. 16c x (Nr. 17c))	
	19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 15 - Nr. 18)	

Bereinigungsquartale 2018/1 bis 2018/4, die mindestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Konkretisierung des G-BA für die jeweilige Indikation beginnen, bei indikationsspezifischer Bereinigung aufgrund ASV im Vorjahresquartal gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 335. bzw. 383. Sitzung

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungsquartals	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_i
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_i
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im jeweiligen Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{10}
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 2 - (Nr. 3 x Nr. 4))	
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (max{0, Nr. 5})	
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 1 + Nr. 6)	w_i
		$w_i = y_i + \max(0, x_i - f \cdot z_{10})$	
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (min{Nr.7, Nr.8})		
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfalleswertes im Bereinigungsquartal	10	ASV-Fallwert (in Punkten), ggf. unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr.3)	
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 vom Jahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	12	Regionaler ASV-Bereinigungsfalleswert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2018 gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1	
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 12 x Nr. 9)	
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 14 x Nr. 13)	
	16a	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2015	
	16b	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2016	
	16c	Differenzbereinigungsvolumen (in Punkten) gemäß Beschluss des 335./383. BA, Nr. 2, Ziffer 10 ("alte Regelung zur ASV-Bereinigung") im Bereinigungsquartal des Jahres 2017	
	17a	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2015 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2015 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	17b	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2016 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2016 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	17c	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2017 auf das jeweilige Quartal im Jahr 2017 [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]	
	18	Summe der auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals des Jahres 2018 fortentwickelten ASV-Differenzbereinigungsvolumen in den jeweiligen Vorjahresquartalen (Nr. 16a x (Nr. 17a x Nr. 17b x Nr. 17c) + Nr. 16b x (Nr. 17b x Nr. 17c) + Nr. 16c x (Nr. 17c))	
19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal des Jahres 2018 (Nr. 15 - Nr. 18)		

Technischer Anhang 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner

Inhalt

1	Dateibeschreibung.....	16
2	Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES.....	17
3	Satzartbeschreibung AUFGRIFF	18
4	Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI	19
5	Satzartbeschreibung ABRGR	20
6	Satzartbeschreibung FG	21
7	Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN	22
8	Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP	23
9	Satzartbeschreibung PSEUDOGOP	24
10	Satzartbeschreibung HOECHSTWERT	25
11	Satzartbeschreibung MFIGOP	26
12	Satzartbeschreibung ASSOZIIERTEICD.....	27
13	Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP	28
14	Satzartbeschreibung APPENDIXERWEITERUNG.....	29
15	Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG	30
16	Satzartbeschreibung UUUABRGR.....	31
17	Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP	32

1 Dateibeschreibung

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

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, bspw. weil es als K = Kann-Feld oder m = bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu veröffentlichen, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei #-Zeichen aufeinander.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Name_Indikation_Version.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Name der Datei (alphanumerisch)

(SPEZIFISCHETUMORKODES, AUFGRIF, ABRGR, FG, GRUNDPAUSCHALEN, GRUNDPALSKONSULTP, PSEUDOGOP, HOECHSTWERT, MFIGOP, ASSOZIIERTEICD, ZUSCHLAGGOP, APPENDIXERWEITERUNG, MGVERWEITERUNG, UUUABRGR, BEGRENZUNGGOP),

Indikation, für die die Datei gültig ist (alphanumerisch 6-stellig bzw. 5-stellig)

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),

Version der Datei (alphanumerisch 3-stellig)

(CCC),

Endung csv.

2 Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES

Dateiinhalt:

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „SPEZIFISCHETUMORKODES“
01	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) oder daraus abgeleitete Kennzeichnung; grundsätzlich als Sechssteller, bei Vorliegen von Subspezialisierungen (z. B. bei Gynäkologischen Tumoren) als Fünfsteller
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Tumorgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung der Tumorgruppe
04	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	der Tumorgruppe zugeordneter ICD-Kode

3 Satzartbeschreibung AUFGRIFF

Dateiinhalt:

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	8	alphanum.	konstant „AUFGRIFF“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
05	Spezifität	m	12	alphanum.	nur bei onkologischen Indikationen: Angabe, ob Diagnosekode spezifisch oder unspezifisch für diese onkologische Indikation ist; bei allen anderen Indikationen leer

4 Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI

Dateiinhalt:

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „AUFGRIFFKOMBI“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
05	Zusatz-ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	Angabe, welcher weitere ICD-Kode noch zum ICD-Kode gemäß Feld 03 vorliegen muss
06	Diagnosesicherheit Zusatz-ICD-Kode	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 05 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
07	Abgrenzung	M	1	numerisch	Der Zusatz-ICD-Kode muss angegeben sein 1 = beim gleichen Patient im Quartal 2 = im gleichen Behandlungsfall

5 Satzartbeschreibung ABRGR

Dateiinhalt:

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „ABRGR“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe gemäß Schlüsselverzeichnis 6, die der Arztgruppe aus Feld 03 in den Abrechnungsdaten zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Abrechnungsgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

6 Satzartbeschreibung FG

Dateiinhalt:

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	2	alphanum.	konstant „FG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01 Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
04	Fachgruppe	M	2	alphanum.	Fachgruppenkode gemäß Anlage 3 zur ASV-AV, der der Arztgruppe aus Feld 03 zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Fachgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

7 Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN

Dateiinhalte:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „GRUNDPAUSCHALEN“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Grundpauschale verwendete Gebührenordnungsposition

8 Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	17	alphanum.	konstant „GRUNDPALSKONSULTP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Konsultationspauschale verwendete Gebührenordnungsposition

9 Satzartbeschreibung PSEUDOGOP

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „PSEUDOGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	≤ 6	alphanum.	als Pseudo-Gebührenordnungsposition verwendete Gebührenordnungsposition
04	KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, in der die Gebührenordnungsposition dem Behandlungsumfang gemäß Appendix zugeordnet wird; bei bundeseinheitlich gültigen Gebührenordnungspositionen leer

10 Satzartbeschreibung HOECHSTWERT

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „HOECHSTWERT“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Höchstwert verwendete Gebührenordnungsposition
04	Faktor	M	3,2	dezimal	zu berücksichtigender Anteil der Leistungsmenge der Gebührenordnungsposition

11 Satzartbeschreibung MFIGOP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	6	alphanum.	konstant „MFIGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Berechnung der Mehrfachinanspruchnahme verwendete Gebührenordnungsposition

12 Satzartbeschreibung ASSOZIIERTEICD

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ASSOZIIERTEICD“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A

13 Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP

Dateiinhalt:

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Erläuterung: Zuschläge zu Gebührenordnungspositionen des EBM die nicht im Appendix genannt sind, aber bei den Berechnungen berücksichtigt werden.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „ZUSCHLAGGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Zuschlag verwendete Gebührenordnungsposition

14 Satzartbeschreibung APPENDIXERWEITERUNG

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	19	alphanum.	konstant „APPENDIXERWEITERUNG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Erweiterung des Appendix verwendete Gebührenordnungsposition

15 Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG

Dateiinhalt:

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „MGVERWEITERUNG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Erweiterung der ARZTRG87aREG-Daten verwendete Gebührenordnungsposition, wenn der Leistungsinhalt mit dem der GOP_MGV identisch ist, unter Berücksichtigung abgeleiteter und regional spezifischer GOPen der GOP_MGV
04	GOP_MGV	M	5	alphanum.	Gebührenordnungsposition, welche bei Aufführung in den ARZTRG87aREG-Daten zur Berücksichtigung der GOP als MGV-Leistung verwendet wird

16 Satzartbeschreibung UUUABRGR

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	8	alphanum.	konstant „UUUABRGR“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01 bei der auch Fälle mit Diagnoseangabe „UUU“ berücksichtigt werden. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.

17 Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP

Dateiinhalt:

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „BEGRENZUNG-GOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	begrenzte Gebührenordnungsposition; für alle GOPen aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für alle GOPen aus Kapitel 11 EBM)
04	Begrenzung	M	5	numerisch	Höhe der Begrenzung der Gebührenordnungsposition aus Feld 03 Angabe in Punkten
05	KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, in der die Gebührenordnungsposition dem Behandlungsumfang gemäß Appendix zugeordnet wird; bei der Bestimmung eines bundeseinheitlichen Wertes leer

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 1

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen
Krankheitsverläufen
der Kategorie onkologische Erkrankungen**

**der Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der
Bauchhöhle**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2014 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.034 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.282 Punkten

- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 1.978 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 2.635 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 2.792 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 2.964 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 2.303 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.320 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 2.412 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 2.471 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 2.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 2.246 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.309 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.990 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.817 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 2.021 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 2.466 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 1.781 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.944 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 312 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 9.031 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 5.143 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 4.606 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 3.328 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 6.889 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 9.018 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 3.641 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 647 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.994 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 2.399 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.580 Patienten*

- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 2.599 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 4.653 Patienten*

* Die aufgeführten indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwerte sind gemäß Nr. 5.3, 2. Absatz dieses Beschlusses auf aktuellerer Datengrundlage bestimmt und gelten für die Quartale des vierten Bereinigungsjahres.

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,92** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 2

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen
Krankheitsverläufen
der Kategorie a) onkologische Erkrankungen**

der Indikation gynäkologische Tumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsverfahren gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation gynäkologische Tumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 1.570 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 1.360 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 2.003 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 2.009 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 1.917 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 2.024 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.672 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 1.820 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.667 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.922 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 1.343 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 1.629 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.741 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.428 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.586 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.425 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.699 Punkten

Diese Leistungsmengen gelten unabhängig von einer möglichen Subspezialisierung der Leistungserbringer gemäß Abschnitt 5 der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Dezember 2015.

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 3.234 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 3.696 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 752 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 13.476 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 10.002 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 11.099 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 5.247 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 3.962 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 10.934 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 16.159 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 8.959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.099 Patienten

- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 4.303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 3.109 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 4.694 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 7.169 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,93** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen der Kategorie onkologische Erkrankungen
der Indikation urologische Tumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation urologische Tumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 764 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 602 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 689 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 737 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 628 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 871 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 656 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 697 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 678 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 725 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 646 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 876 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 874 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 498 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 886 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 618 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 614 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.421 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 3.158 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 913 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 12.063 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 9.708 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 5.555 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 6.265 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.875 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 12.853 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 11.381 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 6.442 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.364 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 5.052 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.430 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 3.379 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 11.449 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,71** verbindlich vor.

Anlage 1.1 b, Teil 1 (Erwachsene)

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen**

6. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen herangezogen.

7. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

8. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 366 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 430 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 336 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 386 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 296 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 280 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 274 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 332 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 288 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 359 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 344 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 412 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 352 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 319 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 320 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 272 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 350 Punkten

9. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 22.296 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 13.975 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 6.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 83.244 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82.182 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 82.856 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 62.862 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 32.230 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 89.303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 81.494 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 41.570 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 5.646 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 18.413 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 36.607 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 27.798 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 25.702 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 48.275 Patienten

10. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 1.1 b, Teil 2 (Kinder und Jugendliche)

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 600 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 634 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 451 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 482 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 390 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 442 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 296 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 451 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 416 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 411 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 572 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 451 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 512 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 611 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 368 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 328 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 380 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 949 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 920 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 90 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1.644 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.192 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 851 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 501 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.927 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.968 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 451 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 81 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 285 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 502 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 281 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 298 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 677 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 a

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2014 für seine Berechnungen herangezogen.

Abweichend von Nr. 6 des vorliegenden Beschlusses ist das Jahr 2013 als Ausgangsjahr für die Fortentwicklung zu verwenden.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 875 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 875 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 23 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 73 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 31 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 164 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 130 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 252 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 80 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 30 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 165 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 173 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 81 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 28 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 77 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten*
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 29 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 110 Patienten

* Die aufgeführten indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwerte sind gemäß Nr. 5.3, 2. Absatz dieses Beschlusses auf aktuellerer Datengrundlage bestimmt und gelten für die Quartale des vierten Bereinigungsjahres.

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 b

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation Mukoviszidose**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Mukoviszidose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 1.213 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 1.002 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 1.002 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 1.150 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 844 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 834 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 927 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 737 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.036 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 634 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.449 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.117 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 166 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 130 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 37 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 459 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 484 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 465 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 383 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 241 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 636 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 778 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 189 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 102 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 144 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 151 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 193 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 351 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 h

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation Morbus Wilson**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Morbus Wilson je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 772 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 772 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 13 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 58 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 70 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 61 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 25 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 76 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 117 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 294 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 22 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 37 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 k

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation Marfan-Syndrom**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Marfan-Syndrom je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 981 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 981 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 94 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 91 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 33 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 370 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 291 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 148 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 114 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 363 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 449 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 16 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 70 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 105 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 118 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 88 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 180 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 I

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation pulmonale Hypertonie**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation pulmonale Hypertonie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 965 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 815 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.026 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.025 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 824 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 800 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 921 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 744 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 715 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 734 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 724 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 778 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 24 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 12 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 0 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 56 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 100 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 308 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 138 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 65 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 122 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 186 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 23 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 17 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 15 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 19 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 44 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 127 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 o

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände
mit entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 1/2018 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 530 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 534 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 278 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 402 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 358 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 347 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 366 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 398 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 469 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 402 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 376 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 335 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 335 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 296 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 303 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 285 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 154 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 114 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1.065 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.260 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.337 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 590 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 339 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.056 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.150 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 616 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 83 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 244 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 575 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 630 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 348 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 747 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Lesefassung des

B E S C H L U S S E S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018**

**zu Datenlieferungen im Zusammenhang mit der
Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund
ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung
gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V**

mit Wirkung ab dem Lieferquartal 1/2019

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 419. Sitzung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. 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, beschlossen.

Zu den notwendigen Datenlieferungen als Vorbereitung

- für die durch die regionalen Gesamtvertragspartner erfolgende Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Bereinigungs- und ASV-Differenzbereinigungsmengen sowie
- für die durch das Institut des Bewertungsausschusses erfolgende Ermittlung der indikationsspezifischen durchschnittlichen ASV-Leistungsmengen je Quartalspatient und der Patientenzahl-Höchstwerte

beschließt der Bewertungsausschuss hiermit entsprechende Vorgaben gegliedert in den Beschlusstexten

Teil A Anzahl im Quartal ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten

Teil B Historische Anzahl gemäß § 116b SGB V (alt) behandelter Patienten

Teil C Nutzung der anlassbezogenen Daten der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie Nutzung der anlassbezogenen Daten der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Teil A

Anzahl im Quartal ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten

1. Übermittlung der Anzahl ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten durch die Krankenkassen

Die Krankenkassen übermitteln gemäß §§ 87 Abs. 3f sowie 87a Abs. 6 SGB V quartalsweise die tatsächlichen Anzahlen der im Rahmen der ASV behandelten Patienten in der Satzart ANZASV116b_IK. Die Datenübermittlung erfolgt für jede spezialfachärztliche Indikation gemäß Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) getrennt für jedes Quartal, in dem der Krankenkasse für einen Leistungsfall der ASV gemäß Definition in Anlage 1 zu Teil A (unter „Abgrenzung“ im Kopf der Datensatzbeschreibungen) in einer Indikation eine zu zählende Abrechnung vorgelegen hat. Sie beginnt KV-spezifisch und indikationsspezifisch jeweils mit demjenigen Abrechnungsquartal, in welchem von der Krankenkasse erstmals ASV-Leistungen für mindestens einen ASV-Abrechnungsfall zur Zahlung freigegeben wurden (im Folgenden Signalquartal). Die Zählung und Meldung als Patient wird dabei jeweils ausgelöst durch die erste von der Krankenkasse für einen Abrechnungsfall gemäß § 3 Abs. 3 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) zur Zahlung freigegebene Abrechnung.

Zur Feststellung der Vollständigkeit übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband nach dessen Vorgaben indikationsspezifisch, jeweils beginnend mit dem Quartal, in dem die jeweilige Beschlussfassung des G-BA zu einer in den Anlagen aufgeführten Erkrankung bzw. hochspezialisierten Leistung in Kraft tritt, die Information, ob die Krankenkasse für ein Abrechnungsquartal eine ASV-Patientenzahl von null aufweist, oder die entsprechende ASV-Patientenzahl größer null ist.

Die Datenlieferung der Krankenkassen erfolgt bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats an den GKV-Spitzenverband. Gegebenenfalls erfolgt die Übermittlung über die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder die jeweiligen Dienstleister.

Der GKV-Spitzenverband summiert die erhaltenen ASV-Patientenzahlen unter Entfernung des Krankenkassenbezugs je Indikation, Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Wohnort-KV, Abrechnungsweg und Art des ASV-Teams in der Satzart ANZASV116b_SUM auf.

Die Satzart ANZASV116b_SUM wird zusammen mit den kassenartenspezifisch und regional nach Wohnortprinzip abgegrenzten, nicht aggregierten Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b_IK gemäß §§ 87 Abs. 3f sowie 87a Abs. 6 SGB V innerhalb von fünf Arbeitstagen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, an das Institut des Bewertungsausschusses, an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V übermittelt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet die erhaltenen Daten innerhalb von drei Arbeitstagen 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. Dadurch wird sichergestellt, 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.

Die Datenlieferungen nach Nr. 1 erfolgen gemäß der Datensatzbeschreibung in der Anlage 1 zu Teil A und enden nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums der ASV-Indikation.

2. Übermittlung der arztbezogenen Anzahl ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten durch die Krankenkassen

Zur Unterstützung der Berücksichtigung der aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 419. und 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) vorgenommenen Bereinigungen bei der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die Krankenkassen quartalsweise die Anzahl der ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten je Arzt für jede spezialfachärztliche Indikation. Gegebenenfalls erfolgt die Übermittlung über die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder die jeweiligen Dienstleister.

Die Datenlieferung in der Satzart ANZASV116b_LANR beginnt jeweils mit dem Folgequartal zum Signalquartal gemäß Nr. 1. Sie erfolgt bis zum Ende des dritten auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats.

An die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen werden die tatsächlichen spezialfachärztlichen Patientenzahlen von Vertragsärzten (d. h. die Anzahl Arztfälle) unter Angabe der lebenslangen Arztnummer in regionalisierter Abgrenzung nach Kassenärztlicher Vereinigung am Wohnort der betreffenden Versicherten übermittelt.

Die Datenlieferungen nach Nr. 2 erfolgen gemäß der Datensatzbeschreibung in der Anlage 2 zu Teil A und enden nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums der jeweiligen ASV-Indikation.

Anlagen zu Teil A:

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | Datensatzbeschreibung zur Anzahl im Quartal ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten (Satzarten ANZASV116b_IK und ANZASV116b_SUM) |
| Anlage 2 | Datensatzbeschreibung zur arztbezogenen Anzahl im Bereinigungsquartal ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten (Satzart ANZASV116b_LANR) |

Teil B

Historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

1. Übermittlung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten durch die Krankenkassen

Die Krankenkassen übermitteln gemäß § 87a Abs. 6 SGB V Wohnort-KV- und quartalsweise die historische Anzahl der Patienten mit Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 116b SGB V (alt) in der Satzart ANZ116bALT_IK an den GKV-Spitzenverband. Gegebenenfalls erfolgt die Übermittlung über die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene oder die jeweiligen Dienstleister.

Das Quartal, in dem die Datenlieferung gemäß Steuertabelle jeweils erfolgt, wird im Folgenden **Lieferquartal** genannt.

Die Lieferung erfolgt jeweils bis zum Ende des zweiten Monats eines Lieferquartals und umfasst die Daten für diejenigen Leistungsquartale, Wohnort-KV-Bezirke und Leistungsbereiche gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, die in der Steuertabelle nach Satzart ANZ116bALT_STEUER für dieses Lieferquartal aufgeführt sind. Die Satzart ANZ116bALT_STEUER wird bis zum Ende des ersten Monats eines Lieferquartals durch das Institut des Bewertungsausschusses gemäß den Nrn. 2 bzw. 4 bereitgestellt.

Der GKV-Spitzenverband leitet diese Daten bis zum zehnten Tag des dritten Monats eines Lieferquartals an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, welches sie bis zum 20. Tag dieses Monats unter Entfernung des Krankenkassenbezugs je Leistungsbereich, Leistungsquartal und Wohnort-KV in der Satzart ANZ116bALT_SUM aufsummiert, die Kennzeichnung der ASV-Indikation einfügt und an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses weiterleitet.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten diese Daten bis zum 25. Tag des dritten Monats des Lieferquartals an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V seitens des GKV-Spitzenverbandes bzw. an die Kassenärztlichen Vereinigungen seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weiter. Sie stellen hierbei sicher, dass den jeweiligen Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V jeweils nur die wohnortbezogenen Daten des jeweiligen KV-Bereichs übermittelt werden.

2. Steuertabelle für von den Krankenkassen zu liefernde KV-Bezirke und Leistungsbereiche

Das Institut des Bewertungsausschusses erstellt quartalsweise jeweils bis zum Ende des ersten Monats eines Lieferquartals als Steuertabelle die Satzart ANZ116bALT_STEUER.

Diese gibt an, für welche Leistungsquartale, KV-Bezirke und Leistungsbereiche die Krankenkassen die jeweilige historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten im jeweiligen Lieferquartal zu liefern haben. Die Erstellung der Inhalte der Satzart erfolgt dabei anhand der Verfahrensvorgaben gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung unter Berücksichtigung der beim Institut des Bewertungsausschusses für ein jeweiliges Signalquartal eingegangenen Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b_SUM gemäß Teil A Nr. 1.

Die Datei ist unter der Dateinamenskennung gemäß der Anlage zu Teil B automatisiert abrufbar auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses zur Verfügung zu stellen.

3. Überleitungstabelle für Leistungsbereiche und ASV-Indikationen

Das Institut des Bewertungsausschusses pflegt die erstellte Überleitungstabelle für Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Indikationen nach § 116b SGB V in der Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG fortlaufend. Die Datei ist unter der Dateinamenskennung gemäß der Anlage zu Teil B automatisiert abrufbar auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses zur Verfügung zu stellen.

4. Übermittlung, Aufbewahrung und Rückspielung bei verzögertem Bereinigungsbeginn

Für den Fall, dass die Bereinigung in einem KV-Bezirk für eine Indikation nicht spätestens in dem Quartal nach dem letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnt, werden die benötigten historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten wie folgt erfasst, da sie anderenfalls nicht mehr ermittelbar wären:

Die quartalsweisen Einträge in der Satzart ANZ116bALT_STEUER werden durch das Institut des Bewertungsausschusses ergänzend zu Nr. 2 eingepflegt. Sofern und sobald auf Basis der Satzart ANZASV116b_SUM ersichtlich ist, dass der Bereinigungszeitraum für eine Indikation in einem KV-Bezirk nicht spätestens in dem Quartal nach dem letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnt, ergänzt das Institut des Bewertungsausschusses ab der nächsten Version die Satzart ANZ116bALT_STEUER: Für den betroffenen KV-Bezirk und die betroffene Indikation wird in den bis zu vier nächsten Lieferquartalen die Übermittlung der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten für die bis zu vier letzten vollständig in der Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartale vorgegeben.

Sofern und sobald nach Beginn der ergänzend zu Nr. 2 erfolgten quartalsweisen Einträge in der Satzart ANZ116bALT_STEUER Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b_SUM für ein Signalquartal eingehen und ersichtlich ist, dass der Bereinigungszeitraum für eine Indikation in einem KV-Bezirk noch im Laufe der drei Quartale nach dem ersten nicht vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnt, bricht das im vorherigen Absatz beschriebene Verfahren der quartalsweisen Ergänzung der Satzart ANZ116bALT_STEUER ab. Die weiteren quartalsweisen Einträge in der Satzart

ANZ116bALT_STEUER erfolgen ab der darauf folgenden Version regulär gemäß Nr. 2 und enden mit dem Eintrag des letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartals.

Für die Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose in den KV-Bezirken Brandenburg, Bremen und Saarland sowie für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im KV-Bezirk Saarland wird die Steuertabelle davon abweichend wie in der nachfolgenden Tabelle angegeben ergänzt.

KV-Bezirk	Indikation	Leistungsquartal	Fassung der Steuertabelle	Lieferquartal
Brandenburg	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2/2016	31. Juli 2018	3/2018
Bremen		2/2016	31. Juli 2018	3/2018
		3/2016	31. Juli 2018	3/2018
Saarland		2/2016	31. Juli 2018	3/2018
		3/2016	31. Juli 2018	3/2018
		4/2016	31. Juli 2018	3/2018
		1/2017	31. Juli 2018	3/2018
Saarland	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	3/2016	31. Juli 2018	3/2018

Das Institut des Bewertungsausschusses bewahrt die derart aufgrund von ergänzend zu Nr. 2 erfolgten quartalsweisen Einträgen in der Satzart ANZ116bALT_STEUER übermittelten historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten für die bis zu vier letzten vollständig in der Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartale für die betreffenden KV-Bezirke und Indikationen auf.

Sobald Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b_SUM für ein Signalquartal eingehen und ersichtlich ist, dass der Bereinigungszeitraum in einem KV-Bezirk für diese Indikation beginnen wird, fügt das Institut des Bewertungsausschusses die aufbewahrten historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten abweichend von Nr. 1 so in die Satzart ANZ116bALT_SUM ein, dass diese für die bis zu vier ersten Bereinigungsquartale quartalsweise unter Beibehaltung des jeweiligen Quartalsbezugs darin enthalten sind und

damit von den regionalen Gesamtvertragspartnern im jeweiligen KV-Bezirk für diese Indikation verwendet werden können.

5. Behandlung von Leistungsbereichen nach § 116b SGB V (alt) ohne direkte Entsprechung in der ASV-Richtlinie

Patientenzahlen für Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt), für welche in der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keine direkte Entsprechung vorhanden ist, überführt das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen der Erstellung der Satzart ANZASV116b_SUM gemäß folgender Tabelle in Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel für in der ASV-Richtlinie vorhandene ASV-Indikationen bzw. -Subspezialisierungen. Die Schlüssel der betroffenen Leistungsbereiche sind bei der Zusammenstellung der Steuertabelle gemäß Nr. 2 und beim Vorgehen bei verzögertem Reinigungsbeginn gemäß Nr. 4 entsprechend zu berücksichtigen. Bei der Aufteilung entstehende gebrochene Patientenzahlen werden je Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel auf die jeweils nächste ganze Zahl aufgerundet. Die entstehenden Patientenzahlen werden je Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel ggf. zu aus anderen Leistungsbereichen mit direkter Entsprechung übergeleiteten Patientenzahlen hinzuaddiert.

Betroffene ASV-Indikation	Schlüssel des betroffenen Leistungsbereichs nach § 116b SGB V (alt)	Überführung in Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel der ASV-Indikation und/oder -Subspezialisierung und ggf. Aufteilungsverhältnis
Rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene), Rheumatologische Erkrankungen (Kinder und Jugendliche)	030300 (schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen)	1B0100 (0,9822) 1B0101 (0,0178)

Anlage zu Teil B:

Anlage Datensatzbeschreibung zur historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

Teil C

Nutzung der anlassbezogenen Daten der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie Nutzung der anlassbezogenen Daten der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung

Beginnend mit dem Berichtsjahr 2014 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 Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 an die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie die pseudonymisierten arztbezogenen Abrechnungsgruppenzuordnungen in den Satzarten AST_EBM_ARZT und AST_EBM_GOP gemäß Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 oder entsprechenden Folgebeschlüssen an das Institut des Bewertungsausschusses. Die Lieferung in den Satzarten 210A, 211A, AST_EBM_ARZT und AST_EBM_GOP 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 entsprechenden Folgebeschlüssen ist auch bei ggfs. erforderlichen Korrekturlieferungen die Verknüpfbarkeit der Daten sicherzustellen.

Sofern der Beschluss aus der 369. Sitzung nicht fortgeschrieben wird, beschließt der der Bewertungsausschuss spätestens bis zum 31. März 2021 zu eventuellen Anpassungen der über das Berichtsjahr 2020 hinausgehenden Datenlieferung der für diesen Beschluss erforderlichen Datengrundlagen.

Anlage 1

zu Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur Anzahl der im Quartal ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten

1. Kompression und Verschlüsselung

Es gilt, dass Datenlieferant und Datenempfänger jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben vereinbaren.

2. 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 Textbegrenzungszeichen 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), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016, oder entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Für die Satzarten ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_IK_Abrechnungsquartal_WOPKV_Kassensitz-IK_VKNR_Version.Endung
ANZASV116b_SUM_Abrechnungsquartal_WOPKV_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_IK_JJJJQ_CC_CCCCCCCCC_CCCCC_CCC.Endung
ANZASV116b_SUM_JJJJQ_CC_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_JJJJQ_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 der in der ASV behandelten Patienten nach Einzelkas- sen

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	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant "ANZASV116b_IK"
01	Abrechnungsquar- tal	M	5	numerisch	Quartal, in dem ASV-Leistungen für ei- nen Abrechnungsfall erstmals zur Zah- lung freigegeben wurden, im Format JJJJQ Hinweis: Die Zuordnung zu einem Ab- rechnungsquartal erfolgt nach dem Da- tum der Freigabe zur Zahlung der ersten die Patientenzählung auslösenden Ab- rechnung bei einer Krankenkasse; erfolgt die Freigabe bis zum 15. des dritten Mo- nats nach dem Leistungsquartal, ent- spricht das Abrechnungsquartal dem Leistungsquartal, bei späterer Freigabe ist das Abrechnungsquartal für jeden fol- genden Dreimonatszeitraum nach die- sem Termin um ein Quartal zu inkremen- tieren.
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden, im Format JJJJQ
03	Kassensitz- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Kranken- kasse (Kassensitz- IK gemäß Schlüssel- verzeichnis 8)
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Woh- nort des Versicherten im Bereinigungs- quartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird)
05	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrank- ungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur 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.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	Weg der ASV-Abrechnung 1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind. 2 = mindestens eine Abrechnung von Abrechnungs-IKs, die im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.
08	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

Satzart ANZASV116b_SUM – Anzahl der in der ASV behandelten 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant "ANZASV116b_SUM"
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	<p>Quartal, in dem ASV-Leistungen für einen Abrechnungsfall erstmals zur Zahlung freigegeben wurden, im Format JJJJQ</p> <p>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.</p>
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 ASV-AV
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 Feldes Teamart gemäß der Technischen Anlage zur Anlage 1 der ASV-AV zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	Weg der ASV-Abrechnung 1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind. 2 = mindestens eine Abrechnung von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.
07	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

Anlage 2

zu Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur arztbezogenen Anzahl der im Bereinigungsquartal ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten

1. Kompression und Verschlüsselung

Es gelten 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.

2. 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 Textbegrenzungszeichen 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), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016, oder entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Für die Satzart ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZASV116b_LANR_Abrechnungsquartal_WOPKV_Kassensitz-IK_VKNR_Version.Endung

Format:

ANZASV116b_LANR_JJJQ_CC_CCCCCCCC_CCCC_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_LANR – Anzahl der in der ASV behandelten 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	<p>Quartal, in dem ASV-Leistungen für einen Abrechnungsfall erstmals zur Zahlung freigegeben wurden, im Format JJJQ</p> <p>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.</p>
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen erbracht wurden, im Format JJJQ
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)
05	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV
06	Abrechnungsweg	M	1	numerisch	<p>Weg der ASV-Abrechnung</p> <p>1 = Ausschließlich Abrechnungen von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten sind.</p> <p>2 = mindestens eine Abrechnung von Abrechnungs-IKs, die nicht im Schlüsselverzeichnis 8b enthalten ist.</p>
07	LANR	M	9	alphanum.	Lebenslange Arztnummer im Klartext

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	Anzahl ASV-Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen der ASV behandelten Patienten

Anlage

zu Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datensatzbeschreibung zur historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

1. Kompression und Verschlüsselung

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 8859-15 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 Textbegrenzungszeichen 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), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016, oder entsprechenden Folgebeschlüssen auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Für die Satzarten ist folgende Dateinamenskonvention vorgesehen:

ANZ116bALT_IK_Lieferquartal_WOPKV_Kassensitz-IK_Version.Endung
ANZ116bALT_SUM_Lieferquartal_WOPKV_Version.Endung
ANZ116bALT_STEUER_Lieferquartal.csv
ANZ116bALT_UEBERLEITUNG_Version.csv

Format:

ANZ116bALT_IK_JJJQ_CC_CCCCCCCC_CCC.Endung
ANZ116bALT_SUM_JJJQ_CC_CCC.Endung
ANZ116bALT_STEUER_JJJQ.csv
ANZ116bALT_UEBERLEITUNG_CCC.csv

Die Quartalsangabe im Dateinamen bezieht sich jeweils auf das Quartal, in das die Erstellungsfrist fällt.

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); bei Dateien der Satzarten ANZ116bALT_STEUER und ANZ116bALT_UEBERLEITUNG ist sie immer csv.

Bei Dateien der Satzart ANZ116bALT_STEUER ist ein Vorlaufsatz voranzustellen, der folgende durch das Trennzeichen „#“ getrennte Felder in einer Zeile enthält:

VOSZ_ANZ116bALT_STEUER

Lieferquartal (numerisch 5-stellig)

Anzahl der Nutzdatsätze (numerisch 10-stellig)

Version der für dieses Lieferquartal gültigen Überleitungstabelle in der Satzart ANZ116b-ALT_UEBERLEITUNG (alphanumerisch 3-stellig).

Satzart ANZ116bALT_IK – Historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten nach Einzelkassen

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Die Zahl der Patienten ist gegliedert nach Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV und Leistungsbereich zu übermitteln. Dabei ist für jede Kombination aus Leistungsquartal, Leistungsbereich und Versicherten nur eine einmalige Patientenzählung vorzunehmen.</p> <p>Zur Feststellung der Vollständigkeit übermitteln Krankenkassen ohne Patienten mit Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 116b SGB V (alt) in der gemäß Steuertabelle in dem Lieferquartal zu liefernden Kombination aus Leistungsquartal, Wohnort-KV und Leistungsbereich den entsprechenden Datensatz mit einer Patientenzahl von null.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „ANZ116bALT_IK“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen nach § 116b SGB V (alt) erbracht wurden (ermittelt aus der Angabe „Tag des Zugangs“ im Segment „Rechnung“ des „Rechnungssatz Ambulante Operation“ der Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V), im Format JJJJQ
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK gemäß Schlüsselverzeichnis 8)
03	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Leistungsquartal, bei unterschiedlichen Angaben im Leistungsquartal die hiervon zuletzt vorliegende
04	Leistungsbereich	M	6	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V
05	Anzahl Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen von § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

Satzart ANZ116bALT_SUM – Historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten insgesamt

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Zahl der Patienten ist gegliedert nach Leistungsquartal, Wohnort-KV, Leistungsbereich und ASV-Indikation zu übermitteln. Dabei ist für jede in Satzart ANZ116bALT_IK (im Zusammenspiel mit Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG) vorkommende Kombination aus Leistungsquartal, Wohnort-KV, Leistungsbereichsschlüssel (ggf. als Aufzählung zu einer ASV-Indikation) sowie Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel (ggf. als Aufzählung zu einem Leistungsbereich) genau ein Datensatz zu übermitteln.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ANZ116bALT_SUM“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen nach § 116b SGB V (alt) erbracht wurden, im Format JJJJQ
02	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Leistungsquartal
03	Leistungsbereich	M	≤ 255	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Sofern in Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG der/den ASV-Indikation(en) in Feld 04 mehrere Leistungsbereiche zugeordnet werden, sind die zugehörigen Leistungsbereichsschlüssel in diesem Feld als Aufzählung durch Komma getrennt zu übermitteln.
04	ASV-Indikation	M	≤ 255	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV. Sofern in Satzart ANZ116b-ALT_UEBERLEITUNG dem/den Leistungsbereich(en) in Feld 03 mehrere ASV-Indikationen zugeordnet werden, sind die zugehörigen Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel in diesem Feld als Aufzählung durch Komma getrennt zu übermitteln, Hierbei ist zu gewährleisten, dass Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel, zu denen die indikationsspezifischen Bereinigungsvorgaben in getrennten Anlagen zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen geregelt sind, in getrennten Datensätzen übermittelt werden.
05	Anzahl Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen von § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

Satzart ANZ116bALT_STEUER – Steuertabelle für von den Krankenkassen auszuwertende KV-Bezirke und Leistungsbereiche

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Datei enthält die Angabe, für welche Kombinationen aus Leistungsquartal, Wohnort-KV und Leistungsbereich in einem Lieferquartal Patientenzahlen durch die Krankenkassen in der Satzart ANZ116bALT_IK zu übermitteln sind. Das Lieferquartal, in welchem die so spezifizierten Daten zu liefern sind, ist ebenfalls im Dateinamen angegeben.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	17	alphanum.	konstant "ANZ116bALT_STEUER"
01	Lieferquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die in der Datei spezifizierten Daten zu liefern sind, im Format JJJJQ
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen nach § 116b SGB V (alt) erbracht wurden, im Format JJJJQ
03	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Leistungsquartal
04	Leistungsbereich	M	6	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, beginnend mit 0

Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG – Überleitungstabelle für Leistungsbereiche und ASV-Indikationen

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Datei enthält die jeweils aktuelle Überleitung zwischen Leistungsbereichen nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Indikationen nach § 116b SGB V.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01, 02 und 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	23	alphanum.	konstant "ANZ116bALT_UEBERLEITUNG"
01	Version	M	3	alphanum.	Version der Überleitungstabelle
02	Leistungsbereich	M	6	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, beginnend mit 0
03	Bezeichnung des Leistungsbereichs	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung des Leistungsbereichs in Feld 02 gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V
04	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV
05	Bezeichnung der ASV-Indikation	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung der ASV-Indikation in Feld 04 gemäß Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV