

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)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
K. d. ö. R., Berlin
und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
K. d. ö. R., Berlin

zuletzt geändert mit Vertrag vom 06.10.2014, In Kraft getreten am 01.10.2014

Präambel

Zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) vereinbaren gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke.

§ 1

Geltungsbereich

Diese Vereinbarung regelt unter Berücksichtigung von § 116b Abs. 6 Satz 11 SGB V Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie der erforderlichen Vordrucke für ambulante spezialfachärztliche Leistungen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern (ASV-Berechtigte). Sie gilt für die Abrechnung unmittelbar mit der Krankenkasse, über eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V oder eine andere beauftragte Stelle gemäß § 116b Abs. 6 Satz 16 SGB V.

§ 2

Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen

Die ASV-Berechtigten übermitteln der Krankenkasse direkt oder über ihren Beauftragten gemäß § 1 Satz 2 pro Abrechnungsquartal folgende Angaben:

1. das Institutionskennzeichen des Absenders der Übertragungsdatei
2. das Institutionskennzeichen des Empfängers der Übertragungsdatei
3. ein Kennzeichen für die Rechtsgrundlage
4. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse (abrechnender Kostenträger)
5. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses oder des unmittelbar abrechnenden Vertragsarztes
6. bei Krankenhäusern mit vom Institutionskennzeichen abweichenden Zahlungsweg zusätzlich das Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers
7. die Betriebsstättennummer des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes
8. den KV-Bezirk des teilnehmenden Vertragsarztes bzw. den KV-Bezirk des Krankenhausstandortes
9. die Krankenversichertennummer (unveränderbarer Teil gemäß § 290 Abs. 1 Satz 2 SGB V), optionale Angabe wenn die Versichertenkarte nicht eingelesen werden kann

10. sofern die Versichertenkarte nicht eingelesen werden kann den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum
11. den fünfstelligen Versichertenstatus oder die Versichertenart und Zugehörigkeit zu einer Personengruppe mit besonderen leistungsrechtlichen Regelungen
12. bei Überweisung in den ASV-Bereich gemäß § 8 Satz 1 und 2 ASV-Richtlinie (ASV-Überweisungsfall) die Arztnummer und Betriebsstättennummer des überweisenden Vertragsarztes, die Überweisungsdiagnose und das Überweisungsdatum (Ausstellungsdatum der Überweisung oder Datum des ersten Behandlungstages)
13. bei Überweisung innerhalb eines ASV-Teams die Arztnummer des Vertragsarztes bzw. die Fachgruppennummer des überweisenden Krankenhausarztes gemäß Anlage 3 und die Teamnummer sowie die zur Überweisung (Definitions- bzw. Indikationsauftrag) gehörenden Diagnosen
14. das Quartal der Leistungserbringung
15. den Erkrankungs- und Leistungsbereich gemäß Anlage 4
16. die Teamnummer gemäß § 4
17. die Diagnose(n) gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V
18. die Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V mit Datum, sofern in der ASV-Richtlinie vorgegeben
19. den TNM-Status (einschließlich des Präfixes r bei Rezidiv) mit R- und G-Code nach UICC-Stadium und eine Angabe für die Progression der Tumorerkrankung, sofern sie in der Leistungsdokumentation in der ASV-Richtlinie vorgegeben und zur Überprüfung der regelgerechten Indikationsstellung für die ASV erforderlich sind
20. die Rechnungsnummer
21. das Rechnungsdatum
22. die Rechnungsart
23. den Rechnungsbetrag
24. den im Rechnungsbetrag berücksichtigten Investitionskostenabschlag für öffentlich geförderte Krankenhäuser gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V
25. die Arztnummer des Vertragsarztes (LANR) bzw. die Fachgruppennummer gemäß Anlage 3 für den Arzt im Krankenhaus
26. die Teamebene (Teamleiter, Kernteam, Hinzugezogene)
27. die abgerechneten Gebührenordnungspositionen mit ihrem Euro-Preis nach der anzuwendenden regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V sowie die Abrechnungsbegründungen gemäß EBM bzw. Leistungen und deren Preis in Euro mit Datum und Anzahl
28. bei Abrechnung von Untersuchungen mittels menschlicher DNA die Gennummer und ggf. den Multiplikator
29. die besonders berechnungsfähigen Kosten gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit Einzelbetrag, Anzahl und Datum

§ 3

Allgemeine Bestimmungen für die Abrechnung

- (1) Die Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung ist frühestens mit dem Tag des Eintritts der Berechtigung zulässig.
- (2) Ein ASV-Überweisungsfall gemäß § 2 Nr. 12 kann aus mehreren aufeinanderfolgenden Abrechnungsquartalen bestehen. Die zulässige Anzahl der Abrechnungsquartale je ASV-Überweisungsfall richtet sich nach den Überweisungsregelungen gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie (Konkretisierungen).
- (3) Die von dem Mitglied des ASV-Teams bzw. von dem Krankenhaus innerhalb desselben Quartals an demselben Versicherten zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene ambulante spezialfachärztliche Behandlung gilt als Abrechnungsfall.
- (4) Die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung des KV-Bezirks, in dem der Vertragsarzt zugelassen ist bzw. in dem das Krankenhaus seinen Standort hat, zu vergüten; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent zu kürzen. Die KBV stellt den Vertragspartnern quartalsweise die regionalen Euro-Gebührenordnungen maschinenlesbar zur Verfügung. Das Nähere wird von den Partnern dieser Vereinbarung in einem separaten Vertrag festgelegt.
- (5) Die Übermittlung der Daten nach § 2 erfolgt quartalsweise frühestens nach Ablauf des Abrechnungsquartals.
- (6) Die Beauftragung einer anderen Stelle nach § 116b Abs. 6 Satz 16 SGB V mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bedarf der Schriftform.

§ 4

Teamnummer

- (1) Die Teamnummer dient der eindeutigen Identifikation eines interdisziplinären Teams nach § 2 Abs. 2 Satz 6 ASV-Richtlinie in der Abrechnung und auf den Vordrucken.
- (2) Die Teamleitung des interdisziplinären Teams (bzw. der ASV-Berechtigte) beantragt bei der ASV-Servicestelle nach § 5 die Teamnummer unter namentlicher Angabe der ASV-Teammitglieder sowie unter Nennung der in Anlage 1 definierten Angaben zum ASV-Team. Abweichend von Satz 1 können die hinzuzuziehenden Fachärzte auch institutionell benannt werden.

Die Beantragung der Teamnummer kann frühestens mit der Anzeige der Teilnahme an der ASV beim zuständigen erweiterten Landesausschuss erfolgen. Der Zeitpunkt der Anzeige beim zuständigen erweiterten Landesausschuss ist durch die ASV-Teamleitung nachzuweisen.

- (3) Nach Anzeige des Eintritts der Berechtigung übermittelt die ASV-Servicestelle den ASV-Teammitgliedern, für die die Angaben gemäß Anlage 1 § 3 Abs. 1 Nr. 15 und 16 vorliegen, die Teamnummer innerhalb von zwei Arbeitstagen.
- (4) Die Teamleitung hat für den Nachweis des Eintritts der ASV-Berechtigung geeignete Unterlagen (die Mitteilung des erweiterten Landesausschusses oder bei Fristablauf den Nachweis über den Eingang der Anzeige beim erweiterten Landesausschuss) beizubringen.
- (5) In der Abrechnung und auf Vordrucken dürfen ausschließlich von der ASV-Servicestelle vergebene Teamnummern verwendet werden. Die Teamnummer darf für ein ASV-Team nur verwendet werden, wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung oder des Aufbringens auf die Vordrucke eine ASV-Berechtigung bestand.

§ 5

ASV-Verzeichnis und ASV-Servicestelle

- (1) Das ASV-Verzeichnis ist die verbindliche, bundeseinheitliche Informationsgrundlage für die Verwendung der Teamnummer in der Abrechnung der ASV-Berechtigten sowie auf den erforderlichen Vordrucken. Das ASV-Verzeichnis wird von der ASV-Servicestelle geführt.

- (2) Die ASV-Serviceestelle gibt die Teamnummer nach § 4 bekannt und führt im ASV-Verzeichnis entsprechend Anlage 1 dieser Vereinbarung alle der Teamnummer zugeordneten aktuellen Daten.
- (3) Die Teamleitung bzw. der ASV-Berechtigte meldet der ASV-Serviceestelle Änderungen der Zusammensetzung des Teams, Vertretungsregelungen, den Entzug der Berechtigung oder das Ausscheiden des Teams unverzüglich nach Eintritt der Meldepflichtung gegenüber dem jeweiligen erweiterten Landesausschuss.
- (4) Die Mitteilungen der ASV-Serviceestelle (Bekanntgabe der Teamnummer sowie Änderungen der Informationen zum ASV-Team) werden ASV-Teammitgliedern, die eine E-Mail-Adresse hinterlegt haben, elektronisch übermittelt.
- (5) Erhält die ASV-Serviceestelle Kenntnis, dass eine ASV-Berechtigung nach Maßgabe der Sätze 7 bis 9 des § 116b Abs. 2 SGB V entfällt, muss sie die Gültigkeit der zugehörigen Teaminformationen nach Prüfung beim erweiterten Landesausschuss beenden.
- (6) Die ASV-Serviceestelle muss Angaben im ASV-Verzeichnis, die Feststellungen eines erweiterten Landesausschusses wiedergeben, innerhalb von 14 Tagen bei dem jeweils zuständigen erweiterten Landesausschuss verifizieren bzw. eine ausbleibende Rückmeldung seitens des zuständigen erweiterten Landesausschusses dokumentieren.
- (7) Bei Unstimmigkeiten zu Feststellungen oder fehlender Rückmeldung des erweiterten Landesausschusses hat der ASV-Berechtigte den ihm bekannten jeweils letztgültigen Stand der Informationen, wie sie dem erweiterten Landesausschuss vorgelegt wurden (ggf. auch den Fristablauf), nachzuweisen. Als verbindliche Information im ASV-Verzeichnis werden die geprüften bzw. bei fehlender Rückmeldung des erweiterten Landesausschusses zu Prüfanfragen die vom ASV-Berechtigten vorgelegten Informationen zu Grunde gelegt.
- (8) Die erforderliche Kommunikation zwischen der ASV-Serviceestelle und der Teamleitung als Ansprechpartner und Vertreter des interdisziplinären Teams soll elektronisch durchgeführt werden.
- (9) Die Meldung an das ASV-Verzeichnis über die ASV-Serviceestelle erfüllt die Informationsverpflichtung der ASV-Berechtigten gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft gemäß § 116b Abs. 2 Satz 6 bis 9 SGB V.

- (10) Die Kosten für den Aufbau und Betrieb der ASV-Servicestelle tragen der GKV-Spitzenverband zu 50 Prozent, die DKG und die KBV zu je 25 Prozent.

§ 6

Abrechnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ASV-Berechtigten

- (1) Das Nähere zur Datenübermittlung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ASV-Berechtigten wird in der Anlage 2a zu dieser Vereinbarung geregelt.
- (2) Absatz 1 gilt im Fall einer Beauftragung mit der Abrechnung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 oder 16 SGB V entsprechend. Bei Beauftragung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V sind die Daten im Rahmen des Sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen an die beauftragte Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

§ 7

Abrechnung der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser

- (1) Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser übermitteln unmittelbar die Daten nach § 2 gemäß dem Verfahren zum Datenaustausch nach der Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V mit der für diesen Zweck entsprechend Anlage 2b angepassten Nachricht AMBO. Im Rahmen der Abrechnung kommen dann die Nachrichtentypen „Rechnungssatz Ambulante Operation“ (AMBO), „Zahlungssatz Ambulante Operation“ (ZAAO) und „Fehlernachricht“ (FEHL) zur Anwendung.
- (2) Bei Beauftragung mit der Abrechnung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 16 SGB V gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 8

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die Inhalte des technischen Fehlerverfahrens werden jeweils in der Anlage 2 (Technische Anlage) zu dieser Vereinbarung geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass eine Berichtigung je Abrechnungsfall gemäß § 3 Abs. 3 erfolgt.
- (2) Technisch fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind von der Krankenkasse umgehend nach erfolgreicher Übermittlung zu beanstanden. Die fachliche

Prüfung der technisch fehlerfrei übermittelten Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen ist hiervon nicht betroffen.

§ 9

Kennzeichnung der Vordrucke

- (1) Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 7 SGB V gelten die Vordrucke gemäß der Anlage 2 und 2a des BMV-Ä entsprechend.
- (2) Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie die Verwendung in der Privatpraxis sind unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für Krankenhäuser bzw. Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 116b SGB V tätig werden.
- (3) Die ASV-Berechtigten nach § 1 haben Vordrucke gemäß § 116b Abs. 7 Satz 4 SGB V gesondert zu kennzeichnen. Hierzu tragen sie auf die Formulare das einstellige ASV-Kennzeichen „1“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes ein. An der Stelle 29 ist ein Leerzeichen vorzusehen.
- (4) Die ASV-Berechtigten nach § 1 tragen die Teamnummer nach § 4 in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ auf die Vordrucke auf.
- (5) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte tragen die Arztnummer gemäß § 293 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V in dem Feld „Arzt-Nr.“ auf Vordrucke auf. Krankenhausärzte tragen abweichend davon dort eine Fachgruppennummer gemäß Anlage 3 auf. Im Rahmen der ASV dürfen nur Arzneiverordnungsblätter verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die Nummer „22222222“ (9 x 2) eingedruckt ist.
- (6) Das Nähere zu den technischen Vorgaben für die Praxisverwaltungssystemhersteller für die Bedruckung der Formulare regelt die KBV. Das Nähere zu den technischen Vorgaben für die Hersteller von Krankenhausinformationssystemen für die Bedruckung der Formulare regelt die DKG.
- (7) Auf den Mustern 1 und 20 ist gemäß § 116b Abs. 7 Satz 1 i. V. m. § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V zu gewährleisten, dass der Arbeitgeber keine Kenntnis von der Erkrankung oder des Erkrankungsbereichs des Versicherten erhält.
- (8) Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Für die Verteilung der Vordrucke an die Vertragsärzte gelten die entsprechenden gesamtvertraglichen Regelungen. Die Bereitstellung der Vordrucke an die

Krankenhäuser erfolgt über die Druckereien auf Bestellung durch das Krankenhaus. Die Druckerei kann die ASV-Berechtigung des Krankenhauses bei der ASV-Serviceestelle abfragen, die in diesem Fall auskunftspflichtig ist. Soweit die Vertragsärzte die Vordrucke nicht von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten, gelten für sie die Sätze 3 und 4 entsprechend. Dem Krankenhaus dürfen nur die Kosten für den Versand der Vordrucke in Rechnung gestellt werden. Über die Bezugswege für die Krankenhäuser informiert die DKG in Abstimmung mit den Vertragspartnern.

§ 10

Inkrafttreten, Sonderregelungen, Übergangsregelung

- (1) Dieser Vertrag tritt mit dem Datum der Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Inanspruchnahme von Leistungen ab dem 2. Quartal 2014.
- (2) Bis zur Inbetriebnahme der ASV-Serviceestelle gemäß Anlage 1 stellen die Vertragspartner übergangsweise die Vergabe einer Teamnummer nach § 4 ab dem 01.04.2014 sicher.
- (3) Die Krankenkassen stellen spätestens bis zum 01.10.2014 die Annahme der Daten nach § 2 sicher.
- (4) Die Anlagen zu dieser Vereinbarung sind Bestandteil der Vereinbarung; sie können auch unabhängig von der Vereinbarung einvernehmlich angepasst werden.

§ 11

Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat durch einen eingeschriebenen Brief an alle Partner dieses Vertrages zu erfolgen. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.
- (2) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Vertragsparteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Berlin, den 17.03.2014

.....
GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

.....
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

.....
Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

Protokollnotizen:

(1) zu § 2 Nr. 19

Zur Abbildung der Inhalte nach § 2 Nr. 19 ab dem 3. Quartal 2014 verständigen sich die Vertragspartner bis zum 30.04.2014 gesondert.

(2) zu § 2 Nr. 27:

Sofern die Vergütung von in den Konkretisierungen der G-BA Richtlinie ggf. aufgeführten Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix durch Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V festgelegt worden ist, werden diese Leistungen in einer Anlage 5 hinterlegt und auf gleichem technischen Wege wie die EBM-Leistungen abgerechnet.

(3) zu § 3 Abs. 4 Satz 3:

Der Vertrag beinhaltet die organisatorischen und technischen Regelungen zur Übermittlung der regionalen Euro-Gebührenordnungen und wird von den Vertragspartnern gesondert bis zum 30.04.2014 festgelegt.

(4) zu § 9:

- a) Über Änderungen der Vordrucke und Vordruckerläuterungen wird die DKG zeitnah informiert.
- b) Die Vertragspartner werden nach einer Frist von 2 Jahren die Verwendung der Vordrucke gemäß der Anlagen 2 und 2a BMV-Ä im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung prüfen.

Anlage 1

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)

ASV-Verzeichnis und ASV-Servicestelle

§ 1

Zielsetzung

- (1) Für die Verwendung bei der Abrechnung der Leistungen der ASV-Berechtigten sowie auf den erforderlichen Vordrucken gemäß der Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V wird durch eine zentrale Stelle (ASV-Servicestelle) eine eindeutige Teamnummer vergeben. In einem ASV-Verzeichnis werden die Teamnummern und die der Teamnummer zugeordneten Daten verwaltet.
- (2) Die ASV-Servicestelle gewährleistet mit der Vergabe der Teamnummer und der Führung des ASV-Verzeichnisses die verbindlichen, bundeseinheitlichen Informationsgrundlagen für das Abrechnungsverfahren aller ASV-Berechtigten und Krankenkassen.
- (3) Die ASV-Servicestelle stellt das ASV-Verzeichnis den ASV-Berechtigten, den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sowie den Vertragspartnern der Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V in einem sicheren Verfahren als vertrauliche Information zur Verfügung, vorzugsweise über einen geschützten elektronischen Dienst. Eine namentliche Meldung der Teamleitung, Mitglieder des Kernteams und namentliche/institutionelle Nennung der hinzugezogenen Fachärzte an die ASV-Servicestelle befreit diese von einer zusätzlichen Meldung gemäß § 2 Abs. 2 bis 3 und § 3 Abs. 4 der ASV-Richtlinie gegenüber den Landeskrankenhausgesellschaften, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den KVen insoweit diese Informationen entsprechend zur Verfügung gestellt werden.
- (4) Das ASV-Verzeichnis soll auch der Information von Patienten, behandelnden Ärzten, Angehörigen sowie der Politik und Öffentlichkeit über die Leistungsangebote der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung dienen. Hierzu werden die aktuellen Angaben gemäß § 3 (Punkte: 1, 7, 8, 9, 13, 14, mit Zustimmung auch Punkt 10) über ASV-Berechtigte öffentlich zugänglich gemacht.

§ 2 Vergabe der Teamnummer

- (1) Die ASV-Serviceestelle gewährleistet die bundeseinheitliche und fristgerechte Vergabe der Teamnummer gemäß der Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 116b SGB V und der ASV-Richtlinie.
- (2) Die Teamnummer besteht aus neun Ziffern und enthält in den ersten beiden Stellen die Ziffern „00“ als ASV-Kennung, in der dritten bis achten Stelle eine fortlaufende eindeutige Nummer und in der neunten Stelle eine Prüfziffer nach dem Modulo 10-Verfahren. Die ASV-Kennung „00“ an den ersten beiden Stellen darf weder von den Krankenkassen noch von den Kassenärztlichen Vereinigungen für andere Zwecke verwendet werden.
- (3) Die ASV-Serviceestelle richtet das dafür erforderliche Verfahren zur Bearbeitung von Meldungen, Prüfung der Berechtigung, Vergabe und Pflege der Teamnummer und begleitender Informationen für die Beteiligten ein. Die Kommunikation erfolgt vorzugsweise elektronisch.
- (4) Die ASV-Serviceestelle übernimmt für jede Teamnummer die zugehörigen Angaben in ein ASV-Verzeichnis und hält dieses nach vertraglicher Vorgabe und entsprechend dieser Anlage auf aktuellem Stand.

§ 3 ASV-Verzeichnis

- (1) Das ASV-Verzeichnis enthält zu jeder Teamnummer die folgenden Angaben:

Von der Teamleitung zu meldende Angaben:

Angaben zur ASV-Berechtigung:

1. den Erkrankungs- und Leistungsbereich (§ 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V)
2. den zuständigen erweiterten Landesausschuss
3. den Meldeanlass
[Erstmalige Teilnahme, Ausscheiden gemäß § 116b Abs. 2 Satz 7 SGB V, Ausscheiden eines im ASV-Verzeichnis mit Arztnummer geführten Mitglieds gemäß § 2 Abs. 3 Satz 4 ASV-RL, Nachweis gemäß § 116b Abs. 2 Satz 8 SGB V]
4. das Datum der Meldung an den erweiterten Landesausschuss
5. das Eingangsdatum beim erweiterten Landesausschuss

Angaben zur Einrichtung/Betriebsstätte:

6. die Einrichtungskennung
[Betriebsstättennummer BSNR] bei Abrechnung über die KV oder beauftragte Stelle
[Institutionskennzeichen IK] bei Krankenhäusern, (*immer Hauptbetriebsstätte*)
7. den Namen der Einrichtung / Titel und Name des Praxisinhabers
8. die Anschrift der Einrichtung (PLZ, Ort, Straße und Hausnummer)
9. die KV-Zuordnung für die Einrichtung

je Einrichtung/Betriebsstätte: Angaben zu Teammitgliedern:

10. den Namen und Vornamen sowie Titel und akademische Grade
11. die Arztnummer (Lebenslange Arztnummer LANR)/Fachgruppennummer und Ordnungsnummer gemäß Anlage 3
12. Abrechnungs-İK (Rechnungsstellendes IK)
 - 12 a) den Beginn der Teammitgliedschaft
 - 12 b) das Ende der Teammitgliedschaft
13. die Teamebene [*Teamentwicklung, Kernteam, hinzuziehende Fachärzte, Vertreter*],
 - 13 a) den Beginn der Zugehörigkeit zur Teamebene
 - 13 b) das Ende der Zugehörigkeit zur Teamebene
14. Fachgruppe(n) des Teammitgliedes (Fachgruppencode gemäß Anlage 3) sowie die Zusatzweiterbildung nach Anlage 3a gemäß der indikationsspezifischen Vorgaben der G-BA-Richtlinien
 - 14 a) den Beginn der Fachgruppenzugehörigkeit
 - 14 b) das Ende der Fachgruppenzugehörigkeit,

personenbezogene Daten (vertraulich):

15. elektronische Kommunikationsanschriften (E-Mail-Adresse, Telefon, Fax)
16. ggf. spezifische Postanschrift

Von der ASV-Servicestelle zu verwaltende Inhalte:

- a. die Teamnummer des interdisziplinären Teams
- b. das Eingangsdatum der Meldung zur ASV-Berechtigung
- c. den Berechtigungsstatus
[*gemeldet, bestätigt, beendet, entzogen*]
- d. das Anfangsdatum des Berechtigungsstatus
- e. die Art des Berechtigungseintritts
[*Feststellung des erweiterten Landesausschusses, Fristablauf*]
- f. das Datum des Berechtigungseintritts gemäß § 116b Abs. 2 Satz 4 SGB V
(*in Verbindung mit dem Berechtigungsstatus „bestätigt“*)
- g. das Datum des Berechtigungsendes
(*in Verbindung mit dem Berechtigungsstatus „beendet“ oder „entzogen“*)

- h. den Anlass des Berechtigungsendes
[*Ausscheiden aus der ASV, Entzug durch den erweiterten Landesausschuss*]
 - i. den Bearbeitungsstatus in der ASV-Servicestelle
[*in Bearbeitung, erledigt*]
 - j. das Anfangsdatum des Bearbeitungsstatus
- (2) Die Meldung und Aktualisierung der Angaben nach Absatz 1 Nrn. 1 bis 16, einschließlich Änderungen, muss durch die Teamleitung bzw. den ASV-Berechtigten erfolgen. Die Teamleitung hat der ASV-Servicestelle geeignete Unterlagen zur Verfügung zu stellen und auf Nachfrage Auskunft zu geben.
- (3) Die Angaben nach Absatz 1 Buchstaben a) bis j) werden von der ASV-Servicestelle verwaltet. Die für den Betrieb der ASV-Servicestelle erforderlichen Daten sind von der ASV-Servicestelle im Rahmen der technischen Umsetzung zu bestimmen.
- (4) Die personenbezogenen Daten gemäß Absatz 1 Nrn. 15 bis 16 sind für alle Teammitglieder der ASV-Servicestelle verbindlich anzugeben. Sofern die hinzuzuziehenden Fachärzte gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 bzw. Satz 7 ASV-RL institutionell benannt werden, entfällt die Verpflichtung zu den Angaben gemäß Abs. 1 Nr. 10, 15 und 16; bei Nr. 11 wird anstelle der Arztnummer die Fachgruppennummer angegeben. Sie sind vertraulich zu behandeln und können dem zuständigen erweiterten Landesausschuss und seinen Mitgliedern zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben offenbart werden.

§ 4

Technische Umsetzung

- (1) Das ASV-Verzeichnis wird als elektronisches Verzeichnis geführt. Die Kommunikation von ASV-Berechtigten und anderen berechtigten Dritten mit der ASV-Servicestelle erfolgt vorzugsweise in elektronischer Form.
- (2) Die ASV-Servicestelle muss gewährleisten, dass die zur Benutzung des Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können und dass vertrauliche Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle).
- (3) Die ASV-Servicestelle hat ihre technischen Umsetzungsmaßnahmen in einem Betriebskonzept, einem Rollen- und Rechtekonzept für die Verarbeitung und Nutzung des ASV-Verzeichnisses sowie einem Datenschutz- und Datensicherheitskonzept verbindlich festzulegen. Sie ist als verantwortliche Stelle den ASV-Berechtigten ge-

genüber auskunftspflichtig und hat ihre Verarbeitung ordnungsgemäß zu protokollieren.

- (4) Die Vertragspartner der Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V unterstützen die ASV-Serviceestelle durch Abstimmung und Bereitstellung geeigneter Informationen und verfügbarer elektronischer Datenquellen (z. B. Stammdatenverzeichnisse). Die ASV-Serviceestelle richtet einen technischen Beirat der Vertragspartner ein, in dem diese sich regelmäßig zu technischen Umsetzungsfragen abstimmen.
- (5) Die ASV-Serviceestelle wird unter Einhaltung vergaberechtlicher Vorgaben auf der Grundlage einer technischen Leistungsanforderung gesondert vergeben.

Technische Anlage ASV (Vertragsärztliche Abrechnung)

Anlage 2a 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)

Stand der Technischen Anlage: 03.11.2014
Anzuwenden ab: Leistungserbringungsquartal 3/2014¹
Version: 1.0

¹ Die erstmalige Übertragung gemäß TA Version 1.0 darf nicht vor dem 01.04.2015 erfolgen.

Inhalt

1	Allgemeines	3
2	Durchführung der Datenübermittlung	5
2.1	<i>Grundsätze</i>	5
2.2	<i>Verschlüsselung</i>	6
2.3	<i>KKS-Auftragssatz</i>	8
2.4	<i>Übermittlungsarten</i>	11
2.5	<i>Dateiname und Übermittlungskontrolle</i>	12
2.5.1	<i>Dateiname unverschlüsselte Datei</i>	12
2.5.2	<i>Dateiname verschlüsselte Datei</i>	12
2.5.3	<i>Dateiname der Auftragsatzdatei</i>	13
2.5.4	<i>Übermittlungskontrolle</i>	13
2.5.5	<i>Empfangsquittierung</i>	13
2.6	<i>Institutionskennzeichen</i>	14
2.7	<i>Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen</i>	14
3	Testverfahren	15
4	Aufbau und Inhalt der Dateien	16
4.1	<i>Erläuterung der Datensatzbeschreibungen</i>	16
4.2	<i>Nachrichtenstruktur / Segmente</i>	18
4.3	<i>Nachrichtenaufbaudiagramm ASV-Abrechnung</i>	20
4.4	<i>Datensatzbeschreibung für Service-Sätze</i>	21
4.5	<i>Datensatzbeschreibung ASV-Abrechnung</i>	24
4.6	<i>Datensatzbeschreibung ASV-Fehlernachricht</i>	28
5	Fehlerverfahren	31
5.1	<i>Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei</i>	31
5.1.1	<i>Stufe 0: Dateinummer</i>	31
5.2	<i>Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur</i>	32
5.2.1	<i>Stufe 1: Dateinummer</i>	32
5.3	<i>Stufe 2: Prüfung der Syntax</i>	33
5.4	<i>Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte</i>	33
5.5	<i>Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen</i>	33
6	Verfahren nach Feststellung von Fehlern	35
6.1	<i>Fehlerfeststellung durch Rechnungssteller</i>	35
6.2	<i>Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger</i>	35
7	Schlüsselverzeichnisse	36
7.1	<i>Fehlercodes</i>	36

1 Allgemeines

Diese Technische Anlage regelt organisatorische und technische Sachverhalte zur elektronischen Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V.

Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe eines Abrechnungsfalles, ohne dass dies dem Vertragsarzt bei der Behandlung bekannt ist, so hat die Krankenkasse die Vergütung für die bis zum Zeitpunkt der Unterrichtung des Vertragsarztes erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels, solange der Versicherte dem Vertragsarzt die elektronische Gesundheitskarte bzw. den Anspruchsnachweis der neuen Krankenkasse nicht vorgelegt hat. Legt der Versicherte noch während des laufenden Kalendervierteljahres die neue elektronische Gesundheitskarte bzw. den neuen Anspruchsnachweis vor, gilt dieser rückwirkend zum Tage des Kassenwechsels; bereits bis dahin ausgestellte Verordnungen oder Überweisungen des Vertragsarztes bleiben davon unberührt.

Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte durch den GKV-Spitzenverband. Die Technische Anlage wird in Ihrer aktuellen Fassung durch den GKV-Spitzenverband im Internet veröffentlicht unter www.gkv-datenaustausch.de.

Für das Verfahren ist der Zeichencode ISO 8859-15 festgelegt. Es sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden.

Sofern im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt wird oder Einschränkungen vorgenommen werden, gelten die Standards und Normen zum Datenaustausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung in den jeweils aktuellen Versionen. Diese sind:

- Für Kassenärztliche Vereinigungen die in den Abschnitten 1 bis 3 sowie 8 bis 10 enthalten Ausführungen zu Standards und Normen zum Datenaustausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern, vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung (Version 1.15 mit letzter Änderung 27.03.2014). Als ausschließlicher Transportweg ist die Datenfernübertragung (DFÜ) vorgesehen.

- Für Direktabrechner und andere Stellen, die mit der ASV-Leistungsabrechnung nach § 116 b SGB V beauftragt wurden, sollen als Grundlage verwendet werden:
 - "Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Dateien mittels File-Transfer-Protocol (FTP)" (beinhaltet SFTP)

Anpassungen zu Spezifikationen zur technischen Konkretisierung werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbart.

2 Durchführung der Datenübermittlung

2.1 Grundsätze

Um eine ASV-Rechnung zu stellen, werden Daten in dem nachfolgend beschriebenen Format (EDIFACT) und unter Einhaltung der beschriebenen Rahmenvorgaben von der abrechnenden Stelle (Direktabrechner, KV oder andere beauftragte Stelle) an die Datenannahmestellen der Krankenkassen verschlüsselt und unkomprimiert gemäß der Regelungen der ASV-AV übermittelt.

Die Zusammenfassung von Fällen mehrerer Kassen in einer Datei erfolgt nicht, pro Kasse (unterschiedliches Abrechnungs-IK) wird eine Datei erstellt.

Erfolgreiche Datenannahmen werden unter Verwendung des SFTP-Verfahrens seitens der Datenannahmestellen vorerst nicht quittiert. Sollte sich im weiteren Verfahrenslauf eine separate Quittierung seitens der Datenannahmestellen als notwendig erweisen, so wird diese mit einer Vorlaufzeit von max. 9 Monaten seitens der Vertragspartner umgesetzt.

Im Rahmen der Datenannahme wird in einem mehrstufigen Verfahren Form und Inhalt der Datenlieferung geprüft und auffällige Fehler im Rahmen des festgelegten Fehlerverfahrens behoben.

Hierbei wird zwischen formalen Fehlern und inhaltlichen Beanstandungen unterschieden. Datenübermittlungen (und damit ASV-Rechnungen) mit formalen und fachlich-inhaltlichen Fehlern werden anhand der vereinbarten Fehlermeldung ("ASVFEH") automatisiert an die abrechnende Stelle zurückgemeldet (oder falls die Datei korrupt oder nicht lesbar ist, erfolgt eine Rückmeldung per Telefon/E-Mail).

Fehlernachrichten werden unter Angabe des ursprünglichen Dateinamens übermittelt.

Regelungen zum Fehlerverfahren bei Rechnungen mit inhaltlichen Beanstandungen werden zwischen den Vertragsparteien gemäß der Anforderungen nach Vorliegen der automatisierbaren Prüfungsalgorithmen vereinbart.

Bei jeder Übermittlung werden eine Auftragsdatei gemäß KKS Auftragsdatensatz und eine dazugehörige Nutzdatendatei übertragen. Eine Nutzdatendatei enthält beliebig viele, mindestens jedoch eine ASV-Nachricht (Nachrichtentypen Abrechnung "ASVREC" oder Fehlernachricht "ASVFEH").

2.2 Verschlüsselung

Für die Verschlüsselung wird das Verschlüsselungsverfahren PKCS#7, wie in der aktuellen Fassung der "Security Schnittstelle für das Gesundheits- und Sozialwesen" beschrieben, angewendet.

Folgende Parameter sind dabei vorzusehen:

Datenformate

PKCS#7 (für verschlüsselte Nachrichten und für die Zertifizierungsantworten; gemäß Comon ISIS-MailTrust Specifications für Interoperable OKI Applications; ISIS-MTT Specification; Part3: Message Formats)

Session Key

Als Session-Key ist tripleDES (X9.17) vorzusehen.

Interchange Key

Als Interchange Key ist RSA mit den unten beschriebenen Parametern einzusetzen.

Hashfunktion/Signaturalgorithmus

Die Hashfunktion wird grundsätzlich zum Signieren von Zertifikaten und Daten verwendet.

Als Hashfunktion ist SHA-256 (256Bit) vorzusehen.

RSA-Schlüssellänge

Die RSA-Schlüssellänge beträgt:
Teilnehmer – 2048 bit (Standard)

Öffentlicher Exponent des RSA-Algorithmus

Als RSA-Exponent soll die Fermat -4 Zahl ($2^{16}+1$) gewählt werden (s. X.509)

2.3 KKS–Auftragsatz

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
IDENTIFIKATOR	01 – 06	6	N	M	Konstante '500000'.
VERSION	07 – 08	2	N	M	Version der Auftragsatzstruktur. '01': erste Version des Verfahrens.
LÄNGE_AUFTRAG	09 – 16	8	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Bei VERSION = '01' steht hier als Konstante '00000348'
SEQUENZ_NR	17 – 19	3	N	M	Laufende Nummer bei einer Teillieferung. Konstante "000" Bei ASV keine Teillieferungen zulässig.
VERFAHREN_KENNUNG (Dateityp)	20 – 24	5	AN	M	Art der Datenlieferung: Stelle 20 „E“ für Echtdaten oder „T“ für Testdaten. Die Stellen 21–23 sind für folgende Kennung vorgesehen: „ASV“ Die Stelle 24 enthält die Konstante "0"
TRANSFER_NUMMER	25 – 27	3	N	M	Zähler laut Abschnitt 2.5.2 "Dateiname verschlüsselte Datei"
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28 – 32	5	AN	K	Weitere Spezifikation des Verfahrens innerhalb des in VERFAHREN_KENNUNG festgelegten Verfahrens. "ASVA0" für Abrechnung "ASVF0" für Fehlermeldung
ABSENDER_EIGNER	33 – 47	15	AN	M	Absendender Eigner der Nutzdaten. Identifikation des Absenders. (IK: 9 Stellen)
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48 – 62	15	AN	M	Tatsächlicher physikalischer Absender der Nutzdaten. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. (IK: 9 Stellen)
EMPFÄNGER_NUTZER	63 – 77	15	AN	M	Empfänger, der die Daten nutzen soll. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. (IK: 9 Stellen)
EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	78 – 92	15	AN	M	Empfänger, der Daten physikalisch empfangen soll (= nächster Empfänger). Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben.

					(IK: 9 Stellen)
FEHLER _NUMMER	93 - 98	6	N	M	Konstante '000000'
FEHLER _MAßNAHME	99 - 104	6	N	M	Konstante '000000'
DATEINAME	105 - 115	11	AN	M	Dateiname gemäß Abschnitt 2.5.1 "Dateiname".
DATUM _ERSTELLUNG	116 - 129	14	N	M	Erstellungsdatum der Datei aus der Anwendung. Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde).
DATUM _ÜBERTRAGUNG _GESENDET	130 - 143	14	N	K	Hinweis 1
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _START	144 - 157	14	N	K	Hinweis 1
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _ENDE	158 - 171	14	N	K	Hinweis 1
DATEIVERSION	172 - 177	6	N	M	Konstante: '000000'
KORREKTUR	178	1	N	M	Konstante "0"
DATEIGRÖßE _NUTZDATEN	179 - 190	12	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt)
DATEIGRÖßE _ÜBERTRAGUNG	191 - 202	12	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (ver- schlüsselt)
ZEICHENSATZ	203 - 204	2	AN	M	'15': ISO 8859-15
KOMPRIMIERUNG	205 - 206	2	N	M	'00' keine
VERSCHLÜSSEL- UNGSART	207 - 208	2	N	M	'03' für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
ELEKTRONI- SCHE_UNTERSCHR IFT	209 - 210	2	N	M	'03' für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
SATZFORMAT	211 - 213	3	A	K	Hinweis 2
SATZLÄNGE	214 - 218	5	N	K	Hinweis 1
BLOCKLÄNGE	219 - 226	8	N	K	Hinweis 1
Status	227	1	N	K	Hinweis 1
Wiederholung	228 - 229	2	N	K	Hinweis 1
Übertragungsweg	230	1	N	K	Hinweis 1
Verzögerter Ver-	231 -	10	N	K	Hinweis 1

sand	240				
Info und Fehlerfelder	241 - 246	6	N	K	Hinweis 1
Variables Info-Feld	247 - 274	28	AN	K	Hinweis 2
DATEINAME _PHYSIKALISCH	275 - 318	44	AN	K	Hinweis 2
DATEI _BEZEICHNUNG	319 - 348	30	AN	K	Hinweis 2

Hinweis 1 (numerische Felder):

Wenn Kann-Felder nicht geliefert werden, sind diese mit Nullen (HEX \$30) zu befüllen.

Hinweis 2 (alphanumerische Felder):

Wenn Kann-Felder nicht geliefert werden, sind diese mit Blanks (HEX \$20) zu befüllen.

2.4 Übermittlungsarten

Die Datenübermittlung (Abrechnungsdaten, Fehlernachricht) erfolgt ausschließlich per Datenfernübertragung (DFÜ). Als Übermittlungsart ist E-Mail oder SFTP zu verwenden.

Als Grundlage für das E-Mail-Verfahren kann die "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)" verwendet werden. Details sind bilateral zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren.

Für SFTP werden die Details (Serveradressen, Verzeichnisse, Zugangsdaten usw.) bilateral zwischen Absender und Empfänger vereinbart. Die KVen sollen SFTP als Übermittlungsart verwenden.

2.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle

Die folgenden Definitionen gelten für die Abrechnungsdaten und für die Fehlermeldung.

2.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei

Der Dateiname wird im Auftragsatz im Feld "DATEINAME" (Stellen 105 – 115) und in UNB_0020 angegeben.

Stelle 1:

"B" für ASV

Stellen 2–6:

KV–Abrechnung: VKNR (Vertragskassennummer)

Direktabrechnung: VKNR oder Konstante "00000"

Stelle 7:

Jahr der Erstellung: Buchstaben (A = 2014, B = 2015 usw.)

Stelle 8

Quartal des Erstellungsjahres

Stellen 9–11:

Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, siehe Abschnitt 2.5.4

Beispiel: B12345A4001

2.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei

Stelle 1:

„E“ für Echtdaten oder „T“ für Testdaten

Stellen 2–4:

Für die Kennung „ASV“ vorgesehen

Stelle 5 enthält die Konstante "0"

Stelle 6 – 8:

Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, siehe Abschnitt 2.5.4

Beispiel: EASV0123

2.5.3 Dateiname der Auftragsatzdatei

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem in Abschnitt 2.5.2 definierten Dateinamen mit dem Zusatz 'AUF'.

Beispiel: EASV0123.AUF

2.5.4 Übermittlungskontrolle

Um eine fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zwischen Absender und Empfänger sicherzustellen, wird mittels eines separaten Zählers (Stelle 9 bis 11 des Dateinamens gemäß 2.5.1 im Feld UNB 0020) eine eindeutige fortlaufende Kennzeichnung festgelegt, die es sowohl dem Absender als auch dem Empfänger erlaubt, die fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zu prüfen.

Für ein Absender–Empfänger–Paar ist der Zähler fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf ist mit „001“ (999+1 = 001) neu aufzusetzen.

Innerhalb eines Erstellerquartals dürfen maximal 999 Dateien pro Datensender und pro Krankenkasse übertragen werden.

2.5.5 Empfangsquittierung

Dateien die mit SFTP übermittelt werden, gelten als geliefert, wenn vom Übertragungsprotokoll kein Fehler an den Datensender zurückgemeldet wird. Tritt ein Fehler bei der Übermittlung der Dateien auf, haben sowohl Emp-

fänger als auch Sender aktiv an einer Lösung für eine erfolgreiche Datenübermittlung mitzuwirken.

2.6 Institutionskennzeichen

Voraussetzung für die datenübermittelnde Stelle und für den Zahlungsempfänger ist der Besitz eines Institutionskennzeichens (IK). Dieses kann bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen der DGUV (ARGE IK) beantragt werden. Das jeweils gültige IK ist den Kostenträgern mitzuteilen bzw. dieser Vereinbarung zu entnehmen (siehe Anhang 1 zur Technischen Anlage 2a).

2.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen

Die Kostenträger haben jeweils zentrale Datenannahme- und -verteilstellen eingerichtet, welche im Anhang 1 aufgeführt sind.

Es wird verwiesen auf die "Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung" Version 1.15, Abschnitt 6.2.3.

Änderungsmeldungen, die bis zum Ende des ersten Monats des Leistungsquartals mitgeteilt wurden, werden bei der Datenerstellung des Folgequartals berücksichtigt.

3 Testverfahren

Bevor der produktive Datenaustausch mit den Gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Datenannahme- und Verteilstellen beginnt, kann ein Testverfahren zwischen den Teilnehmern vereinbart werden.

Ein solcher Test kann bei jeder am Testverfahren teilnehmenden Datenannahmestelle nach vorheriger Abstimmung erfolgen. Inhalte und Umfang des Tests sind ebenfalls zwischen den Beteiligten bilateral zu vereinbaren.

Testdateien müssen gemäß Abschnitt 2.5.2 solche gekennzeichnet sein.

4 Aufbau und Inhalt der Dateien

4.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibungen

Anzahl Stellen (Anz. Stell.):

Wenn eine Zahl angegeben wird (z. B. 5), dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. ..35), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld.

Anzahl Dezimalstellen (davon Dez.-stel.):

Hier wird die Anzahl der Dezimalstellen angegeben. Das Dezimalzeichen ist als eigene Stelle innerhalb eines numerischen Inhalts in Form eines Kommas zu übermitteln. Die Dezimalstellen und das Dezimalzeichen werden bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes mitgezählt.

Feldtyp:

an = alphanumerischer Inhalt

n = numerischer Inhalt

Feldart:

M = Muss-Feld

Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

K = Kann-Feld

Kann-Felder sind in den Datensätzen unter bestimmten Bedingungen zu füllen. Die Bedingungen sind in der Erläuterung zum Datenfeld beschrieben. Sofern die Bedingung für ein Kann-Feld erfüllt wird, ist es wie ein Muss-Feld zwingend zu füllen. Falls für ein Kann-Feld keine Bedingung formuliert ist, ist es zu füllen, wenn die dafür benötigte Information dem Absender der Nachricht vorliegt.

Trennzeichen

Die Trennzeichen werden im Segment UNA in Abschnitt 4.4 "Datensatzbeschreibung für Service-Sätze" definiert.

Negative Werte

Negative numerische Werte werden durch ein vorangestelltes Minuszeichen dargestellt. Es ist nicht Bestandteil der maximalen Feldlänge.

4.2 Nachrichtenstruktur / Segmente

a) Generelle Struktur:

UNA	Optionales Segment mit Trennzeichenvorgaben
UNB	Übertragungskopfsegment zur Identifikation der absenden und empfangenden Stellen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner und Nutzer sowie des Nachrichtentyps Nutzdaten, abhängig vom Nachrichtentyp (eine Nachricht pro Fall)
UNT	Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket und Nachrichtentyp
...	Weitere Eigner-/Nutzerpakete mit UNH/UNT (eine Nachricht pro Fall)
UNZ	Übertragungsendesegment

Hinweis: Die Sortierung der Nachrichten innerhalb einer Datei ist willkürlich.

b) Struktur ASV-Abrechnung (Beispiel):

UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps ASVREC
IFA	Fall, Arzt: Erbringer, Überweiser
DGN	Diagnosen pro Fall
LEA	1. GO-Nummer des Falls
SAC	Sachkosten
GEN	Gennummer der 1. GOP
OPA	1. OP-Schlüssel der 1. GOP
LEA	2. GO-Nummer des Falls
OPA	1. OP-Schlüssel der 2. GOP
OPA	2. OP-Schlüssel der 2. GOP
REA	Fallwert über den Fall
IVA	Versicherteninformation
UNT	Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

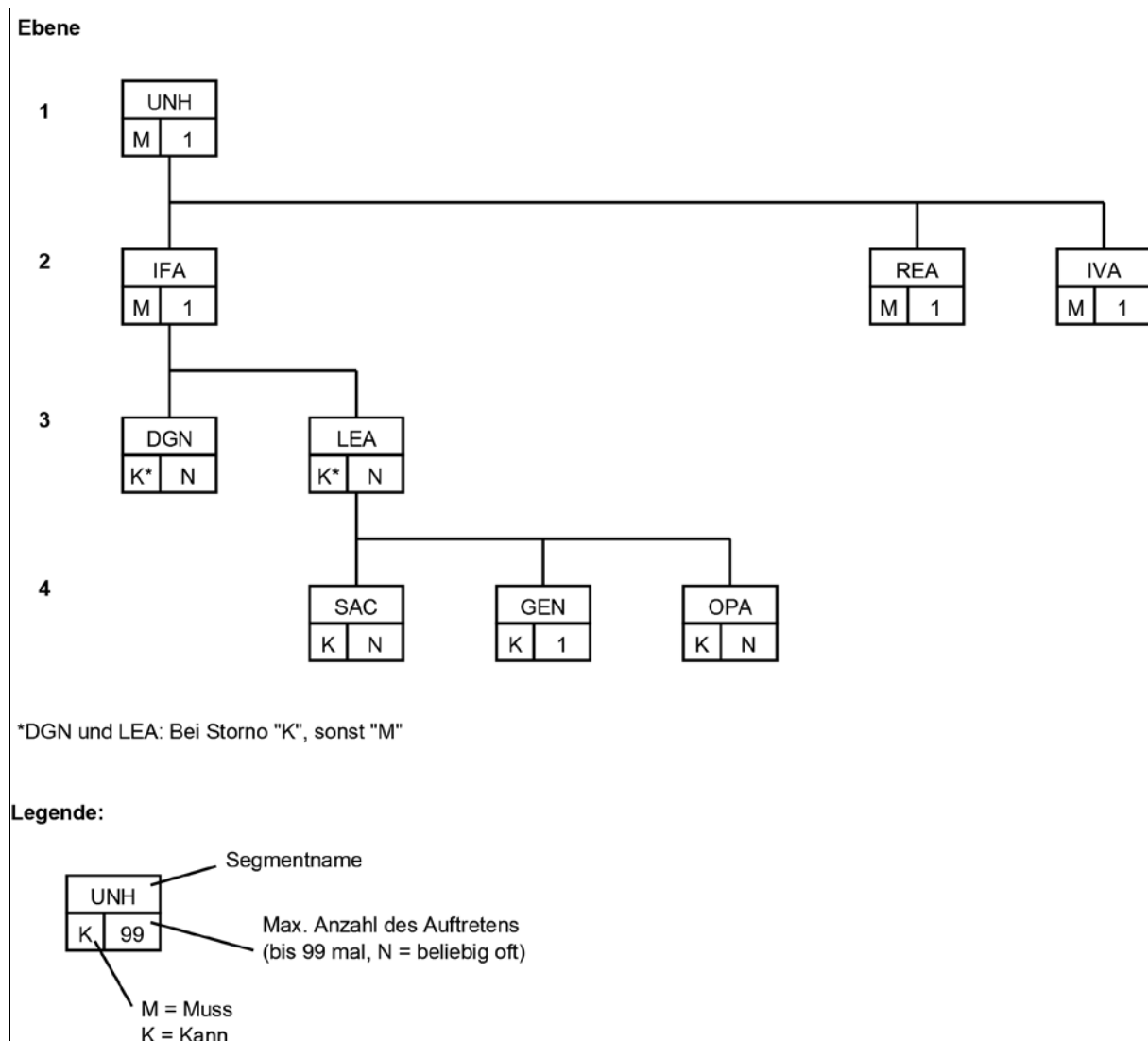
c) Struktur ASV-Fehlermeldung (Beispiel):

UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps ASVFEH
Originalnachricht	Originalnachricht ohne UNH, UNT; nicht bei Prüfstufe 1 zu übertragen, zwingend bei Prüfstufen 2 bis 4 zu übertragen
FHL	1. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
FHL	2. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
FHL	3. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
	usw.
UNT	

d) Struktur ASV-Stornomeldung (Beispiel)

UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps ASVREC
IFA	Fall, Arzt: Erbringer, Überweiser (nur Mussfelder)
REA	Fallwert über den Fall (nur Mussfelder)
IVA	Versicherteninformation (nur Mussfelder)
UNT	Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

4.3 Nachrichtenaufbaudiagramm ASV-Abrechnung



4.4 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze

Segment- kürzel	Datenelementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Inhalt	Erläuterungen
UNA	Trennzeichenvorgabe	3	AN	M	UNA	Segment ist optional
	TZ innerhalb Datenelemente	1	AN	M	IS 1	
	TZ Datenelemente	1	AN	M	IS 3	
	Dezimalzeichen	1	AN	M	,	Komma
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	Leerzeichen	
	Reserviert	1	AN	M	Leerzeichen	
	Segmentendezeichen	1	AN	M	IS 4	
UNB	Übertragungskopfsegment	3	AN	M	UNB	
S001	Syntax-Bezeichner			M		
0001	- Syntax-Kennung	4	AN	M	UNOC	
0002	- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	3	
S002	Absender der Übertragungsdatei			M		
0004	Identifikation des Senders	9	AN	M	IK Absender	IK der physikalischen absendenden Stelle (DAV-IK, IK der KV, vgl. Anhang 1)
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer K: Kostenträger
S003	Empfänger der Übertragungsdatei			M		
0010	Identifikation des Empfängers	9	AN	M	IK Empfänger	IKs des physikalischen Empfängers (DAV-IK, IK der KV, vgl. Anhang 1)
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer K: Kostenträger
S004	Datum/Uhrzeit			M		
0017	- Datum	8	N	M	JJJJMMTT	
0019	- Uhrzeit	4	N	M	HHMM	
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	Dateiname aus Abschnitt 2.5.1

0035	Testindikator	1	N	K	Testübertragung	Nur für Testzwecke nötig; 1: Test
UNZ	Übertragungsende-segment	3	AN	M	UNZ	
0036	Anzahl Nachrichten	..6	N	M	Segmentzähler	Anzahl der UNH-Segmente (Nachrichten) in der Übertragungsdatei
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	analog UNB_0020 (Dateiname)

Segment- kürzel	Datenelementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Inhalt	Erläuterungen
UNH	Nachrichtenkopf- segment	3	AN	M	UNH	Eigner- /Nutzerpaket
0062	Nachrichtenreferenz- Nr.	..14	AN	M	Eigner-/ Nutzer- Identifikati- on	Laufende Nummer der Nachricht in- nerhalb einer Datei
S009	Nachrichtenennung			M		
0065	- Nachrichten-Typ	..6	AN	M	Nachrich- ten- typkennung	Nachrichtentyp AS- VREC oder ASVFEH
0052	- Versionsnummer	..3	N	M	Hauptversi- on der Nachrich- tenstruktur	Major-Version
0054	- Releasenummer	..3	N	M	Release der Nachrich- tenstruktur	Minor-Version
0051	- Verwaltende Organi- sation	2	AN	M	SV	(Ambulante) Spezi- alfachärztliche Ver- sorgung
UNT	Nachrichtenende- segment	3	AN	M	UNT	
0074	Anzahl Segmente	..10	N	M	Anzahl der Segmente in Nachricht	Anzahl der Seg- mente im UNH- Paket inklusive der UNH- und UNT- Segmente
0062	Nachrichtenreferenz- Nr.	..14	AN	M	Identifikati- on	paarig zu DE 0062 im UNH

Nachrichtenversion	TA-Version	Gültig ab Leistungserbrin- gungsquartal / Jahr
1.00	1.00	03/2014

4.5 Datensatzbeschreibung ASV–Abrechnung

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anz. Stell.	davon Dez.– stel.	Feld- typ	Feld- art	Bemerkungen
0/	Header-Segment Nachrichtenkennung			an an	M M	"UNH" "ASVREC"
1/	Information Fall				M	Fallinformation (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind die Muss-Felder zu übertragen. "IFA"
1/1.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	
1/1.2	Erbringer				M	
1/1.2.1	Teamnummer	9		an	M	Teamnummer
1/1.2.2	Betriebsstätte BSNR	9		an	M	Betriebsstättennummer (Erbringer)
1/1.2.3	Arztnummer-LANR	9		an	M	Lebenslange Arztnummer (Erbringer)
1/1.2.4	Erkrankungs-/Leistungs- bereich	6		an	M	Erkrankungs-/Leistungsbereich (siehe Anlage4 zur ASV-AV)
1/1.2.5	Teamebene	1		n	M	1=Teamleiter(in) 2=Mitglied Kernteam 3=Hinzugezogene(r)
1/1.3	Überweiser				K	bei Vorlage einer Überweisung
1/1.3.1	Betriebsstätte BSNR	9		an	K	Betriebsstättennummer (externer Überweiser)
1/1.3.2	Teamnummer	9		an	K	Teamnummer (interner Überweiser)
1/1.3.3	Arztnummer-LANR	9		an	K	Lebenslange Arztnummer (Überweiser)
1/1.3.4	Beginn ASV-Behandlung	8		n	K	Datum des ersten Behandlungstages (zu belegen, wenn 1.3.1 gefüllt ist) Format JJJJMMTT
2/	Diagnosedaten				K	Diagnosedaten des Falls (Vorkommen: 0 – n mal pro Fall (IFA)) s. Hinweis 1. Bei Storno entfällt das Segment.
2/2.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"DGN"
2/2.2	Diagnose				M	Mussfeld bei Diagnoseart 1, im Überweisungsfalle soweit vorhanden
2/2.2.1	Diagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel (<u>Schlüssel nach § 295 SGB V</u> inklusive vorhandener Sonderzeichen)
2/2.2.2	Diagnosesicherheit	1		an	M	A=ausgeschlossene Diagnose G=gesicherte Diagnose, V=Verdachtsdiagnose, Z=(symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
2/2.2.3	Seitenlokalisierung	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig
2/2.2.4	Leistungsdokumentation	..70		an	K	Leistungsdokumentation (b.a.W. ist hier der TNM-Status zu dokumentieren)
2/2.2.5	Diagnoseart	1		n	M	1=Behandlungsdiagnose 2=Diagnose der Überweisung (Lieferung von 2 nur wenn 1.3 gefüllt ist)

3/	Leistungsdaten				K	Gebührenordnungspositionen des Falls (Vorkommen: 0 – n mal pro Fall (IFA)) Bei Storno entfällt das Segment.
3/3.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"LEA"
3/3.2	Leistung				M	s. Hinweis 2
3/3.2.1	Gebührenordnungsposition	..7		an	M	GOP (s. Hinweise 6, 7, 8)
3/3.2.2	Datum	8		n	M	logisches Datum im Format JJJMMTT
3/3.2.3	Anzahl_GOP	..6		n	M	Multiplikator GOP
3/3.2.4	Preis_GOP	..12	2	n	M	Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung für eine GOP
3/3.2.5	Dokumentation	..70		an	K	Abrechnungsbegründung/Uhrzeit(en) (siehe Hinweis 8)
4/	Sachkosten				K	Sachkosten zur GOP (Vorkommen 0–n mal pro GOP (LEA)) Bei Storno entfällt das Segment.
4/4.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"SAC"
4/4.2	Sachkosten	..12	2	n	M	Sachkosten innerhalb der ASV in Euro
4/4.3	Sachkostenbezeichnung	..70		an	M	Sachkostenbezeichnung
4/4.4	Anzahl_Sachkosten	..6		n	M	Multiplikator Sachkosten Position
5/	Gennummer				K	Gennummer zur GOP (Vorkommen: 0 – 1 mal pro GOP (LEA)) Bei Storno entfällt das Segment.
5/5.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"GEN"
5/5.2	Gennummer				M	GEN zur GOP
5/5.2.1	Gennummer	..12		an	M	Gennummer, codiert
6/	OP-Schlüssel				K	OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 0 – n mal pro GOP (LEA)) Bei Storno entfällt das Segment.
6/6.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"OPA"
6/6.2	Operationsschlüssel				M	
6/6.2.1	Operationsschlüssel codiert	..9		an	M	OPS (gültige Fassung des DIMDI inklusive vorhandener Sonderzeichen)
6/6.2.2	Seitenlokalisierung	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig
6/6.2.3	OPS-Datum	8		n	K	OPS-Datum (JJJMMTT) (siehe Hinweis 5)

7/	Rechnungsdaten				M	Rechnungsdaten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind die Muss-Felder zu übertragen.
7/7.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	„REA“
7/7.2	Rechnung				M	
7/7.2.1	Rechnungsbetrag	..12	2	n	M	Summe der Einzelbeträge aus LEA 3/3.2.4 multipliziert mit 3/3.2.3 und SAC 4/4.2 multipliziert mit 4/4.4. Bei Storno ist das Feld mit "0" zu befüllen.
7/7.2.2	Leistungserbringungsquartal	5		an	M	JJJQ
7/7.2.3	Rechnungsnummer	..12		an	M	Rechnungsnummer je Rechnungssteller je Fall
7/7.2.4	Rechnungskennzeichen	1		n	M	"0" Rechnung; "1" Storno Rechnung
7/7.2.5	Rechnungsdatum	8		n	M	Datum der Rechnungserstellung (JJJMMTT)
7/7.2.6	IK_logischer Absender	9		an	K	IK des direktabrechnenden Arztes
7/7.2.7	IK_physikalischer Absender	9		an	M	IK des Absenders (Dienstleister, KV, ggf. Direktabrechner)
7/7.2.8	IK_Abrechnender_Kostentraeger	9		an	M	Abrechnungs-İK der Krankenkasse
7/7.2.9	IK_Zahlungsempfaenger	9		an	M	IK des Zahlungsempfängers
8/	Information Versicherter				M	Informationen zum Versicherten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind die Muss-Felder zu übertragen.
8/8.1	<u>Segmentkennung</u>				M	„IVA“
8/8.2	Versichertenstatus				M	
8/8.2.1	Versichertenart	1		n	M	1/3/5 = Mitglied/ Familienangeh./ Rentner
8/8.2.2	Besondere Personengruppe	1		n	K	4/6/7/8 = Tabelle für "Besondere Personengruppe eGK"
8/8.3	Versichertenbezug Nummer				K	Anzugeben bei eingeleiteter eGK/KVK (optional auch im Ersatzverfahren)
8/8.3.1	Versichertennummer	..12		an	M	Versichertennummer (s. Hinweis 3)
8/8.4	Versichertenbezug Name				K	Muss-Feld bei Ersatzverfahren
8/8.4.1	Nachname	..45		an	M	Nachname des Versicherten
8/8.4.2	Vorname	..45		an	M	Vorname des Versicherten
8/8.4.3	Datum	8		n	M	Geburtsdatum des Versicherten (s. Hinweis 4)

Hinweise:

- 1 Wenn mehr als eine Diagnose übermittelt werden soll, muss das Segment DGN entsprechend wiederholt werden.
- 2 Wenn mehr als eine Gebührenordnungsposition übermittelt werden soll, muss das Segment "LEA" entsprechend wiederholt werden.
- 3 Die Versichertennummer ist von der KV-Karte oder von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu übernehmen. Die Versichertennummer beinhaltet ausschließlich die Ziffern 0–9; führende Nullen sind zu übermitteln.
Die Versichertennummer der eGK ist im Format zu übermitteln:
1. Stelle: Alpha-Zeichen (Wertebereich A – Z, ohne Umlaute), 2. bis 9. Stelle: 8-stellige lfd. Zählnummer, 10. Stelle: Prüfziffer.
- 4 Im Datumsfeld 8/8.4.3 (Geburtsdatum im Ersatzverfahren) können beliebige numerische Werte im Format JJJMMTT stehen (der numerische Inhalt braucht nicht immer einem logischen Datum zu entsprechen). In

den Ausnahmefällen, in denen kein gültiges logisches Kalenderdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge „00“ für nicht bekannte Geburtstage oder „0000“ für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie „00000000“ zulässig.

- 5 Wird erst geliefert, wenn vertraglich vereinbart.
- 6 In Fällen, die nur Sachkosten enthalten, ist die bundeseinheitliche Pseudo-GOP "88999" oder eine regionale Pseudo-GOP mit Anzahl "1" und Preis "0" zu übertragen.
- 7 Je GOP kann nur eine Gennummer angegeben werden. Werden mehrere Gene untersucht, so ist je Gen eine GOP anzugeben. Sollte ein Gen an mehr als einer Stelle untersucht worden sein, kann der Multiplikator GOP (3/3.2.3) auch einen Wert > 1 annehmen.
- 8 Bei GOÄ-Übermittlung ist in 3/3.2.1 die Pseudo-GOP und in 3/3.2.5 die zugehörige GOÄ-Ziffer zu übertragen.

4.6 Datensatzbeschreibung ASV-Fehlernachricht

Die nachfolgende Datensatzbeschreibung der ASV-Fehlernachricht gilt für die Rückmeldung der Fehler der Prüfstufen 1 bis 4.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anz. Stell.	davon Dez.- stel.	Feld- typ	Feld- art	Bemerkungen
0/ 0	Header-Segment Nachrichtenennung			AN AN	M M	"UNH" "ASVFEH"
1	Originalnachricht				K	Originalnachricht ohne UNH, UNT; nicht bei Prüfstufe 1 zu übertragen, zwingend bei Prüfstufen 2 bis 4 zu über- tragen

2	Segment Fehlermeldung				M	maximal 99 mal möglich
2/2.1	Segmentkennung	3		AN	M	„FHL“
2/2.2	Segment	3		AN	K	Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.3	Segmentposition	3		AN	K	Nummer des Segmentes des gleichen Segmenttyps (innerhalb der Nachricht), dem der Fehler zuzuordnen ist; bei Segmentgruppen ist fortlaufend innerhalb der Nachricht weiterzuzählen
2/2.4	Feldposition	2		AN	K	Nummer des Feldes (innerhalb des Segmentes), dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.5	Text	..70		AN	K	Fehlertext
2/2.6	Fehlercode	..6		AN	M	Schlüsselverzeichnis 7.1 "Fehlercodes"
2/2.7	Anwendungsreferenz (Dateiname)	..11		AN	M	Dateiname gemäß Abschnitt 2.5.1
2/2.8	Ersteller-IK der Originaldatei	9		N	M	IK der Kassenärztlichen Vereinigung (IK der KV, siehe Anhang 1 zur Anlage 2a) oder des Leistungserbringers/Dienstleisters
2/2.9	Ersteller-IK der Fehlermeldung	9		N	M	IK der Krankenkasse (Abrechnungs-IK, siehe Anhang 1 zur Anlage 2a)
2/2.10	Datum/Uhrzeit der Erstellung	8		N	K	JJJJMMTT
	- Datum der Erstellung	4		N	K	HHMM
	- Uhrzeit der Erstellung					
2/2.11	Nachrichtenreferenznummer	..14		AN	K	aus UNH (0062)
2/2.12	Übertragungsreferenz (Dateinummer)	..14		AN	K	aus UNB (0020)
2/2.13	Anforderungskennzeichen Korrektur/Storno²	1		N	M	1 = Korrektur 2 = Storno (nur Fehler der Stufe 4)
2/2.14	Rechnungsnummer	..12		AN	K	Rechnungsnummer aus 7/7.2.3 der Originalnachricht; anzugeben sofern aus Originalnachricht lesbar

² Innerhalb einer Fehlernachricht dürfen nur identische Werte geliefert werden.

Hinweis:

Sind Inhalte der Kann-Datenelemente des FHL-Segmentes bei der Fehlerprüfung ermittelbar, werden die Kann-Datenelemente zu Muss-Datenelementen.

5 Fehlerverfahren

Die ASV–Abrechnungsdaten (Nachrichtentyp "ASVREC") und ASV–Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „ASVFEH“) werden vom jeweiligen Datenempfänger einer mehrstufigen Prüfung unterzogen. Die Prüfung der Fehlernachricht erstreckt sich nicht auf die mitgelieferte Originalnachricht.

Eine Fehlernachricht darf nicht mit einer Fehlernachricht beantwortet werden. Sofern eine Fehlernachricht nicht verarbeitet werden kann, klären dies Empfänger und Absender telefonisch oder per E–Mail.

Fehlernachrichten werden unter Angabe des ursprünglichen Dateinamens übermittelt.

5.1 Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit geprüft. Sollte die übermittelte Übertragungsdatei nicht lesbar sein (z. B. keine Entschlüsselungsmöglichkeit, Datei lässt sich nicht öffnen) und somit nicht einem automatisierten Verarbeitungsprozess zugeführt werden können, erfolgt eine unmittelbare Klärung zwischen Datensender und –empfänger (Telefonat, E–Mail).

Die Übertragungsdatei wird in diesem Falle als nicht übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übermittlung wird deshalb die Dateinummer gemäß Abschnitt 2.5.4 nicht hochgezählt.

5.1.1 Stufe 0: Dateinummer

Werden mehrere physikalische Dateien mit fortlaufender Dateinummer gemäß Abschnitt 2.5.4 übermittelt und werden bei einer Datei Fehler der Stufe 0 festgestellt, so bildet die Dateinummer der Datei, die zuletzt erfolgreich verarbeitet wurde, den Anker für die Nummerierung der erneut zu liefernden Dateien, wenn die genannten 14–Tages–Frist nicht eingehalten werden kann.

Beispiel 1

Dateien mit Nummer 1 bis 4 werden übermittelt. Datei 1 beinhaltet Fehler der Stufe 0, Dateien 2 bis 4 beinhalten Fehler der Stufe 0 nicht.

Nach Ablauf von 14 Tagen und einer fehlenden Neulieferung von Datei 1 sind die Dateien 2 bis 4 erneut zu übermitteln.

Beispiel 2

Dateien mit Nummer 1 bis 4 werden übermittelt. Datei 2 beinhaltet Fehler der Stufe 0, Dateien 1, 3 und 4 beinhalten Fehler der Stufe 0 nicht.

Nach Ablauf von 14 Tagen und einer fehlenden Neulieferung von Datei 2 sind die Dateien 3 und 4 erneut zu übermitteln.

5.2 Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur

Übertragungsdateien werden auf ihre korrekte Reihenfolge und Syntax der Service-Segmente (UNA, UNB, UNH, UNT, UNZ) sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei lesbar sein und Fehler in den Service-Segmenten oder falsche Absender- bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei, die als Nachrichtentyp ausschließlich "ASVFEH" (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp-Kennung "ASVFEH", Daten-segment(e) FHL; UNT, UNZ) und an den Absender zurückübermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht. Die Originalnachricht ist in diesem Fall nicht zu übertragen.

5.2.1 Stufe 1: Dateinummer

Für die Zählung der Dateinummer bei Abweisungen der Stufe 1 gilt der Abschnitt 5.1.1 entsprechend.

5.3 Stufe 2: Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente (Service- und Nutzdaten-Segmente) geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann- oder Muss-Feld).

Wenn die Syntax verletzt ist, z. B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "ASVFEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

Die Übermittlung der Originalnutzdaten muss nicht erfolgen wenn, die Nutzdatensegmente nicht lesbar sind, oder nicht der Syntax der vereinbarten Struktur entsprechen.

5.4 Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte

Die einzelnen Felder eines Segmentes werden formal geprüft (z. B. Datum, Uhrzeit).

Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein im Hinblick auf die Schlüsselverzeichnisse bzw. auf die Informationsstrukturdaten (IK, ICD, OPS etc.).

Im Fehlerfall wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "ASVFEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

5.5 Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Im Rahmen der Stufe 4 werden weitere, über die in Stufe 3 hinausgehende fachliche Konsistenzprüfungen des Abrechnungsfalls durchgeführt.

Im Fehlerfall wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "AS-VFEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

6 Verfahren nach Feststellung von Fehlern

6.1 Fehlerfeststellung durch Rechnungssteller

Identifiziert der Rechnungssteller eine bereits übertragene Rechnung (Abrechnungsfall) als fehlerhaft, muss die Rechnung storniert werden, indem er in einer erneuten Abrechnungsdatei das Rechnungskennzeichen für Storno setzt und die ursprüngliche Rechnungsnummer übermittelt.

Hierzu werden die Muss-Segmente übertragen. Die Kann-Segmente werden nicht übertragen. Siehe hierzu die Befüllungshinweise in Abschnitt 4.5.

Eine eventuelle neue Abrechnung desselben Abrechnungsfalls wird mit einer neuen Rechnungsnummer und dem Ursprungsquartal übertragen.

Stellt der Rechnungssteller in seiner Abrechnung einen Fehler fest, kann er diese mit einer Stornierung beenden.

6.2 Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitten 5.1 "Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei" und 5.2 "Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur" als fehlerhaft identifizierte Datei erfordert die Übermittlung einer neuen Datei, da die als fehlerhaft identifizierte Datei als nicht übermittelt betrachtet wird (vgl. 5.1 und 5.2). Eine Stornierung durch den Rechnungssteller ist nicht erforderlich, da die Datei nicht verarbeitet werden konnte.

Nach einer vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitte 5.3 "Stufe 2: Prüfung der Syntax" und 5.4 "Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte" als fehlerhaft identifizierten Nachricht kann vom Rechnungssteller eine korrigierte Nachricht unter Angabe einer neuen oder der ursprünglichen Rechnungsnummer übermittelt werden. Eine Stornierung durch den Rechnungssteller ist nicht erforderlich, da die ASV-Fälle nicht verarbeitet werden konnten.

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitt 5.5 "Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen" als fehlerhaft identifizierte

Nachricht kann vom Rechnungssteller in Abhängigkeit von der Anforderung korrigiert oder storniert werden. Die Storno- oder Korrekturmeldung erfolgt unter Angabe der ursprünglichen Rechnungsnummer. Nach einer Stornierung ist die neue Nachricht mit neuer Rechnungsnummer zu übermitteln. Kann der Rechnungssteller einen Fehler nicht korrigieren, kann er die Abrechnung mit einer Stornierung beenden.

7 Schlüsselverzeichnisse

7.1 Fehlercodes

Nachfolgend sind Fehlercodes für technische und fachliche Fehler aufgelistet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit weitere Fehlercodes zu vereinbaren und damit diese Liste individuell zu erweitern.

Fehler- nummer	Fehlertext
STUFE 1	<i>bezogen auf Service-Segmente</i>
10001	Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA
10003	Segment UNH fehlt (UNH folgt nicht auf UNB oder UNT)
10004	Segment UNT fehlt
10030	Verwendetes Trennzeichen ist nicht bekannt
10031	Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft
10006	Segment UNZ fehlt
10007	Segment UNA doppelt
1A008	Segmentendezeichen fehlt
10037	Inhalt Datenelement nicht JJJMMTT
10040	Verwendete Syntax nicht bekannt/falsch
10041	IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10043	IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle
10038	Inhalt Datenelement nicht HHMM, UNB S004_0019
10047	Dateinummernfolge nicht korrekt
10061	Nachrichtentyp unbekannt, UNH S009/0065
10062	ungültige Versionsnummer, UNH S009/0052
10063	ungültige Releasenummer, UNH S009/0054
1A010	Übertragungsreferenz in UNB und UNZ sind nicht identisch.
10099	Segment nicht bekannt

Fehler- nummer	Fehlertext
1A999	Übergangsfehlercode, kann bis zum Abschluss der Abstimmung des endgültigen Fehlercodes verwendet werden. Bilaterale Klärung zwischen Rechnungssteller und -empfänger erforderlich.

STUFE 2	<i>bezogen auf Nutzdaten-Segmente</i>
20001	Datenelement im Segment unzulässig leer
20002	Datenfeldformat nicht numerisch
20033	Datenfeldlänge nicht korrekt
20021	Inhalt Datenelement nicht JJJMMTT, 1/1.3.4, 3/3.2.2, 6/6.2.3, 7/7.2.5
2A008	Inhalt Datenelement nicht JJJQ, 7/7.2.2 (siehe Fehlercode 20001, weil nur Muss-Datenelemente im Segment gefüllt sein müssen)
2A012	Segmentreihenfolge falsch
20071	Nachrichtenreferenznummer in UNH und UNT stimmt nicht überein
20070	Anz. Nachrichten (Anz. UNH) nicht = Anz. übermittelter Nachr. in Datei
2A001	Unbekannter Schlüsselwert lt. TA, UNH S009_0051
2A999	Übergangsfehlercode, kann bis zum Abschluss der Abstimmung des endgültigen Fehlercodes verwendet werden. Bilaterale Klärung zwischen Rechnungssteller und -empfänger erforderlich.

STUFE 3	<i>bezogen auf Nutzdaten</i>
3A001	IK unbekannt, REA 7.2.6 bis 7.2.9
3A002	Teamnummer, LANR und/oder BSNR nicht im ASV-Verzeichnis enthalten, IFA 1/1.2.1 bis 1.2.3 und 1/1.3.1 bis 1.3.3
3A003	Erkrankungs-/Leistungsbereich nicht in Anlage 4 ASV-AV enthalten, IFA 1/1.2.4
3A004	Unbekannter Schlüsselwert lt. TA, IFA 1/1.2.5, DGN 2/2.2.2, 2.2.3 und 2.2.5, OPA 6/6.2.2, REA 7/7.2.4, IVA 8/8.2.1, 8.2.2, FHL 2/2.6
3A005	Beginn ASV-Behandlung IFA 1/1.3.4 nicht gefüllt, obwohl BSNR externer Überweiser IFA 1/1.3.1 angegeben wurde
3A006	ICD-Code nicht im zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen DIMDI-Katalog enthalten, DGN 2/2.2.1
3A007	Schlüsselwert DGN 2/2.2.5 nicht korrekt in Bezug auf BSNR externer Überweiser IFA 1/1.3.1
3A008	GOP in der ASV nicht abrechnungsfähig, LEA 3/3.2.1
3A009	OPS-Code nicht im zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen DIMDI-Katalog enthalten, OPA 6/6.2.1
3A010	Format Versichertennummer nicht korrekt (KVK: 6..12stellig numerisch; eGK: 10stellig alphanumerisch), IVA 8/8.3.1
3A011	Datumsangabe größer Verarbeitungsdatum unzulässig, 1/1.3.4, 3/3.2.2, 6/6.2.3, 7/7.2.5

3A012	Geburtsdatum nicht im Format JJJJMMTT, "00", „0000“ oder „00000000“, IVA 8/8.4.3
3A014	Angabe Erkrankungs- und Leistungsbereich in diesem Leistungsquartal nicht zulässig, IFA 1/1.2.4
3A015	Neben Pseudo-GOP ² darf keine andere GOP angegeben werden, LEA 3/3.2.1
3A016	Anzahl GOP LEA 3/3.2.3 in Bezug auf Pseudo-GOP ² LEA 3/3.2.1 nicht korrekt.
3A017	Preis GOP LEA 3/3.2.4 in Bezug auf Pseudo-GOP ² LEA 3/3.2.1 nicht korrekt.
3A018	Gennummer fehlt in Bezug auf EBM-Ziffer 11320, 11321, 11322, GEN 5/5.2.1
3A019	Rechnungsbetrag REA 7/7.2.1 entspricht nicht Summe der Einzelbeträge aus LEA 3/3.2.3, 3/3.2.4 und SAC 4/4.4.2, 4/4.4.4
3A020	Seitenlokalisierung OPA 6/6.2.2 zum OPS-Code OPA 6/6.2.1 fehlt
3A021	Zuordnung des ICD-Codes zum Alter des Versicherten unzulässig
3A022	Zuordnung des ICD-Codes zum Geschlecht des Versicherten unzulässig
3A023	DGN fehlt obwohl Rechnungskennzeichen „0“
3A024	LEA fehlt obwohl Rechnungskennzeichen „0“
3A025	DGN vorhanden obwohl Rechnungskennzeichen „1“
3A026	LEA vorhanden obwohl Rechnungskennzeichen „1“
3A027	Rechnungsbetrag ungleich „0,00“ obwohl Rechnungskennzeichen „1“
3A028	Bei Pseudoziffern 88xxx für GOÄ-Übermittlung ist eine Abrechnungsbegründung in LEA 3/3.2.5 erforderlich
3A998	Sonstiger fachlicher Fehler, der bilateral zwischen Rechnungsteller und -empfänger geklärt wird. Falls erforderlich soll ein neuer Fehlercode definiert werden.

STUFE 4	Auflistung nicht abschließend
4A001	Preis GOP LEA 3/3.2.4 entspricht nicht der regionalen Euro-Gebührenordnung
4A002	Versichertennummer und Angaben Ersatzverfahren unbekannt, IVA 8/8.3.1
4A003	Bezug Fachgruppe und abgerechnete GOP entsprechen nicht Appendix
4A004	Bezug Teamebene und abgerechnete GOP nicht plausibel
4A005	Bezug Teamnummer/Berechtigungseintritt gemäß Eintrag im ASV-Verzeichnis und Datum Leistungserbringung nicht plausibel
4A006	Bezug Teamnummer und LANR entspricht nicht Eintrag im ASV-Verzeichnis
4A007	Bezug Teamnummer,LANR und Teamebene entspricht nicht Eintrag im ASV-Verzeichnis
4A008	Teamnummer/LANR/Berechtigungseintritt gemäß Eintrag im ASV-Verzeichnis und Datum Leistungserbringung nicht plausibel
4A009	GOP nicht nebeneinander abrechnungsfähig
4A010	Angabe dieser übermittelten Diagnose nur mit dem Status „gesichert“ zulässig

4A011	Angabe Seitenlokalisierung und Angabe Diagnose nicht plausibel
4A012 ³	Abgerechnete Sachkosten im Bezug zum Abrechnungsfall nicht plausibel
4A013	Inhalt von LEA 3/3.2.5 ist nicht plausibel
4A998	Sonstiger fachlicher Fehler, der bilateral zwischen Rechnungsteller und -empfänger geklärt wird. Falls erforderlich soll ein neuer Fehlercode definiert werden.

Hinweise zu den Fehlercodes xx999, 3A998 und 4A998:

- Bei wiederholtem Auftreten eines Fehlers wird im Rahmen der Technischen Anlage ASV (Anlage 2a) in regelmäßigen Abständen über die Aufnahme eines separaten Fehlercodes beraten.
- Fehlertexte der Fehlercodes xx999, 3A998 und 4A998 haben die jeweils auftretende Fehlersituation zu beschreiben.
- xx999, 3A998 und 4A998 dürfen nicht verwendet werden, wenn für den Fehler ein konkreter Fehlercode vorhanden ist.

³ Die Prüfungen gelten bis zur Festlegung eines einheitlichen Sachkostenkataloges und werden anschließend angepasst in die Stufe 3 verschoben.

Anhang 1 zur

Technischen Anlage ASV (Vertragsärztliche Abrechnung)

Anlage 2a 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)

Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen

Stand des Anhang 1:	03.11.2014
Anzuwenden ab:	Leistungserbringungsquartal 3/2014
Version:	1.0

Inhalt

1	Datenannahmestellen der KVen	3
2	Datenannahmestellen der Krankenkassen	4

1 Datenannahmestellen der KVen

KV-Nr.	KV	Straße	Ort	IK der KV	Zertifizierungs-IK
01	Schleswig-Holstein	Bismarckallee 1-3	23795 Bad Segeberg	201300107	001237950
02	Hamburg	Humboldtstr.56	22083 Hamburg	201500109	002220830
03	Bremen	Schwachhauser Heerstr. 26/28	28209 Bremen	203100109	003282090
17	Niedersachsen	Berliner Allee 22	30175 Hannover	202106001	017301750
20	Westfalen-Lippe	Robert-Schimrigk-Str. 4-6	44141 Dortmund	203525306	020441410
38	Nordrhein	Tersteegenstrasse 9	40474 Düsseldorf	204209247	038405470
46	Hessen	Georg-Voigt Str.15	60325 Frankfurt am Main	205314614	046603250
51	Rheinland-Pfalz	Emil-Schüller Str. 14/16	56073 Koblenz	206502896	051560730
52	Baden-Württemberg	Albstadtweg 11	70567 Stuttgart	208023561	052705670
71	Bayerns	Elsenheimerstr. 39	80687 München	208409727	071819250
72	Berlin	Masurenallee 6a	14057 Berlin	209500106	072106250
73	Saarland	Faktoreistr. 4	66111 Saarbrücken	209302026	073661110
78	Mecklenburg-Vorpommern	Neumühler Straße 22 Postfach 16 01 45	19057 Schwerin 19091 Schwerin	200201957	078190570
83	Brandenburg	Gregor-Mendel-Straße 10	14469 Potsdam	200601995	083144690
88	Sachsen-Anhalt	Dr. Eisenbartring 2	39120 Magdeburg	201006521	088391200
93	Thüringen	Bauhausstr. 11	99423 Weimar	205000023	093994230
98	Sachsen	Fetscherstr. 72	01307 Dresden	207904758	098013070

2 Datenannahmestellen der Krankenkassen

DAV-IK	Datenannahme- und Verteilstelle	Adresse	Ort	Gültig ab
100295017	gkv informatik - Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89	42285 Wuppertal	
100696023	gkv informatik - Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89	42285 Wuppertal	
102110939	ARGE AOK Rechenzentrum Bremen/Niedersachsen, Niedersachsen	Bürgermeister-Smidt-Str. 95	28195 Bremen	
103119199	ARGE AOK Rechenzentrum Bremen/Niedersachsen, Bremen	Bürgermeister-Smidt-Str. 95	28195 Bremen	
103411401	gkv informatik - Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89	42285 Wuppertal	
104212516	gkv informatik - Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89	42285 Wuppertal	
105810615	ITSCare, DAV Schwalmstadt	Fünftenweg 31	34613 Schwalmstadt	
106198626	kubus IT DAV	Postfach 300365	98503 Suhl	
107299005	kubus IT DAV	Postfach 300365	98503 Suhl	
107310373	ITSCare, DAV Schwalmstadt	Fünftenweg 31	34613 Schwalmstadt	
108018007	ITSCare, DAV Lahr	Schwarzwaldstr. 39	77933 Lahr	
108310400	kubus IT DAV	Karl-Marx-Str. 7a	95444 Bayreuth	
109319309	ITSCare, DAV Schwalmstadt	Fünftenweg 31	34613 Schwalmstadt	
109910000	AOK Bundesverband	Rosenthaler Straße 31	10178 Berlin	

102109128	BITMARCK SERVICE GMBH i. A. der SVLFG	Postfach10 04 53	45004 Essen	
109908701	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	Weissensteinstr. 70-72	34131 Kassel	

104027544	BITMARCK Service GmbH	Postfach10 04 53	45004 Essen	
-----------	-----------------------	---------------------	-------------	--

109905003	Knappschaft Dezernat VI.2	Knappschafts- str. 1	44799 Bochum	
-----------	------------------------------	-------------------------	--------------	--

109900019	BITMARCK Service GmbH	Postfach10 04 53	45004 Essen	
-----------	-----------------------	---------------------	-------------	--

102193212	Mobil ISC GmbH (für BKK Mobil Oil)	Raiffeisenstr. 12	31275 Lehrte	
102193234	Mobil ISC GmbH (für BKK vor Ort)	Raiffeisenstr. 12	31275 Lehrte	
104940005	BARMER GEK gkv informatik Abteilung 501400 – DAW	Lichtscheider Str. 89–95	42285 Wuppertal	
101575519	Techniker Krankenkasse Abteilung ITP.1	Bramfelder Str. 140	22305 Hamburg	
109979990	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Rechenzentrum DV-LE	Askanischer Platz 1	10963 Berlin	
109979978	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Rechenzentrum DV-LE	Askanischer Platz 1	10963 Berlin	
109989162	T-Systems International GmbH Datenträgerannahme- und - verteilstelle (DAV)	Postfach 100341	64203 Darmstadt	
104593993	BITMARCK Service GmbH	Postfach 10 04 53	45004 Essen	

Zuordnung DAV / Kasse

Die nachfolgenden Definitionen gelten vorbehaltlich der Abstimmung der Kostenträgerstammdatei im Rahmen der Technischen Anlage Ärzte.

Kassenkurzbezeichnung AOK	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
AOK Baden Württemberg	108018121	108018007	108018007
AOK Nordost (Bereich Berlin)	109519005	109519005	100696023
AOK Nordost (Bereich Brandenburg)	100696012	100696012	100696023
AOK Bremen/ Bremerha- ven	103119199	103119199	103119199
AOK Hessen	105313145	105810615	105810615
AOK Nordost (Bereich Mecklenburg- Vorpommern)	100395611	100395611	100295017
AOK Niedersachsen	102114819	102110939	102110939
AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland	106215364	107310373	107310373

AOK Rheinland/Hamburg (Bereich Hamburg)	101519213	101519213	100295017
AOK Rheinland/Hamburg (Bereich Rheinland)	104212505	104212516	104212516
AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland	109319309	109319309	109319309
AOK Plus (Bereich Sachsen)	107299005	107299005	107299005
AOK Sachsen-Anhalt	101097008	101097008	100696023
AOK NordWest (Bereich Schleswig- Holstein)	101317004	101317004	100295017
AOK Plus (Bereich Thüringen)	105998018	106198626	107299005
AOK NordWest (Bereich Westfalen-Lippe)	103411401	103411401	103411401

Kasse	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
BARMER GEK	104940005	104940005	104940005
DAK-Gesundheit	101560000	101560000	104593993
Techniker Krankenkasse	101575519	101575519	101575519
KKH	102171012	102171012	109989162
HEK – Hanseatische Kran- kenkasse	101570104	101570104	109989162
Hkk	103170002	109979978	109979978

BKK_Name	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
actimonda Krankenkasse	104127692	104027544	104027544
atlas BKK ahlmann	103121013	104027544	104027544
Audi BKK	108534160	104027544	104027544
BAHN-BKK	109938503	104027544	104027544
Bertelsmann BKK	103725342	104027544	104027544
BKK Deutsche Bank AG	104224634	104027544	104027544
BKK A.T.U	108591499	104027544	104027544
BKK Achenbach Buschhütten	103525909	104027544	104027544
BKK advita	108029306	104027544	104027544
BKK Aesculap	107536171	104027544	104027544
BKK Akzo Nobel	108833355	104027544	104027544
BKK B. Braun Melsungen AG	105530422	104027544	104027544
BKK Basell	104626889	104027544	104027544
BKK Beiersdorf AG	101532301	104027544	104027544
BKK BPW Bergische Achsen KG, Wiehl	104626903	104027544	104027544

BKK Braun-Gillette	105330157	104027544	104027544
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	104424794	104027544	104027544
BKK der MTU Friedrichshafen GmbH	107835333	104027544	104027544
BKK der Thüringer Energieversorgung	105928809	104027544	104027544
BKK Diakonie	103724294	104027544	104027544
BKK DürkoppAdler	103724249	104027544	104027544
BKK ESSANELLE	104239915	104027544	104027544
BKK EUREGIO	104125509	104027544	104027544
BKK EWE	102429648	104027544	104027544
BKK exklusiv	102122557	104027544	104027544
BKK Faber-Castell & Partner	109033393	104027544	104027544
BKK firmus	103121137	104027544	104027544
BKK Freudenberg	107036370	104027544	104027544
BKK Gildemeister Seidensticker	103724272	104027544	104027544
BKK Grillo-Werke AG	104424830	104027544	104027544
BKK Groz-Beckert	107835071	104027544	104027544
BKK HENSCHEL Plus	105530364	104027544	104027544
BKK Herford Minden Ravensberg	103725547	104027544	104027544
BKK Herkules	105530331	104027544	104027544
BKK IHV	105830539	104027544	104027544
BKK Karl Mayer	105330431	104027544	104027544
BKK Kassana	108633433	104027544	104027544
BKK KBA	108833674	104027544	104027544
BKK KEVAG Koblenz	106331593	104027544	104027544
BKK Krones	108934142	104027544	104027544
BKK Linde	105830517	104027544	104027544
BKK Mahle	108036145	104027544	104027544
BKK MEDICUS	107923192	104027544	104027544
BKK Melitta Plus	103726081	104027544	104027544
BKK MEM	106020600	104027544	104027544
BKK Miele	103725364	104027544	104027544
BKK Mobil Oil	102120076	102193212	102193212 (MISM)
BKK PFAFF	106431572	104027544	104027544
BKK Pfalz	106431652	104027544	104027544
BKK BJB	103524101	104027544	104027544
BKK PHOENIX	101520181	104027544	104027544
BKK PricewaterhouseCoopers	105723301	104027544	104027544
BKK Publik – Partner der BKK Salzgit- ter	101931440	104027544	104027544
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	107532042	104027544	104027544
BKK RWE	102131240	104027544	104027544
BKK Salzgitter	101922757	104027544	104027544
BKK Scheufelen	108035576	104027544	104027544
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	107531187	104027544	104027544
BKK S-H	101320043	104027544	104027544
BKK Stadt Augsburg	109132678	104027544	104027544
BKK Technoform	102031410	104027544	104027544
BKK Textilgruppe Hof	108632900	104027544	104027544

BKK VBU	109723913	104027544	104027544
BKK VDN	103526615	104027544	104027544
BKK VerbundPlus	107832012	104027544	104027544
BKK VICTORIA-D.A.S.	104229606	104027544	104027544
BKK Vital	101536624	104027544	104027544
BKK vor Ort	103524407	102193234	102193234 (MISV)
BKK Voralb HELLER LEUZE TRAUB	108031424	104027544	104027544
BKK Werra-Meissner	105530126	104027544	104027544
BKK Wieland-Werke	107836243	104027544	104027544
BKK Wirtschaft & Finanzen	105734543	104027544	104027544
BKK Würth	108036577	104027544	104027544
BKK ZF & Partner	107829563	104027544	104027544
BKK24	102122660	104027544	104027544
BMW BKK Zentrale	109034270	104027544	104027544
Bosch BKK	108036123	104027544	104027544
Brandenburgische BKK	100820488	104027544	104027544
Continental Betriebskrankenkasse	103523440	104027544	104027544
Daimler BKK	108030775	104027544	104027544
Debeka BKK	106329225	104027544	104027544
Deutsche BKK	109939003	104027544	104027544
Die Bergische Krankenkasse	104926702	104027544	104027544
Die Schwenninger Krankenkasse	107536262	104027544	104027544
E.ON Betriebskrankenkasse	104525057	104027544	104027544
energie-BKK	102129930	104027544	104027544
ESSO BKK	101520329	104027544	104027544
HEAG BKK	105230101	104027544	104027544
Heimat Krankenkasse	103724238	104027544	104027544
Merck BKK	105230076	104027544	104027544
Metzinger BKK	107835743	104027544	104027544
mhplus BKK	108035612	104027544	104027544
Novitas BKK	104491707	104027544	104027544
pronova BKK	106492393	104027544	104027544
R+V Betriebskrankenkasse	105823040	104027544	104027544
Salus BKK	105330168	104027544	104027544
SBK	108433248	104027544	104027544
SECURVITA BKK	101320032	104027544	104027544
Shell BKK/Life	101520147	104027544	104027544
SIEMAG BKK	103525567	104027544	104027544
SKD BKK	108833505	104027544	104027544
Südzucker BKK	106936311	104027544	104027544
Vaillant BKK	104926494	104027544	104027544
Vereinigte BKK	105330191	104027544	104027544
WMF Betriebskrankenkasse	108036441	104027544	104027544
TUI BKK	102137985	104027544	104027544
Ernst&Young BKK	105732324	104027544	104027544

Innungskrankenkasse	VKNR	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
IKK Nord	01310	101300129	109900019	109900019
IKK classic	02301 18333 61320 89301 95301	101500154 103500693 ¹ 108001963 105903116 107202793	109900019	109900019
IKK gesund plus	87301	103100201 101202961	109900019	109900019
IKK Südwest	73310	109303301	109900019	109900019
IKK Brandenburg und Berlin	79305	100602360 ²	109900019	109900019
BIG direkt gesund	18306	103501080 ³	109900019	109900019

Kassenbezeichnung SVLFG (Region)	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg (Region 1)	101308719	102109128	102109128
LKK Niedersachsen-Bremen (Region 2)	102108731 102408723	102109128 102109128	102109128 102109128
LKK Nordrhein-Westfalen (Region 3)	103708773 104208769 103708751	102109128 102109128 102109128	102109128 102109128 102109128
LKK Mittel- und Ostdeutschland (Region 8)	100609049	102109128	102109128
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (Region 4)	105508787 105208795 106408802	102109128 102109128 102109128	102109128 102109128 102109128
KK für den Gartenbau (Region zentral)	105508890	102109128	102109128
	105509083	102109128	102109128
LKK Baden Württemberg (Region 7)	108008880	102109128	102109128
LKK Franken und Oberbayern (Region 5)	108608820 108508863 108808844 108609148	102109128 102109128 102109128 102109128	102109128 102109128 102109128 102109128
LKK Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben (Region 6)	109008837	102109128	102109128

¹ Je nach Ausgestaltung der Kostenträgerstammdatei hinsichtlich der Abrechnungs-IK könnte hier auch noch das IK 103529026 der VIKK / Ost stehen.

² ggf. IK Rechtskreis West beachten 109500297

³ ggf. IK Rechtskreis Ost beachten 103501091

Kasse	Abrechnungs-IK	Zertifizierungs-IK	DAV-IK
Knappschaft	103505006	109905003	109905003

Anlage 2b

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.

Teil Krankenhaus, Verwendung des Nachrichtentyps AMBO

Die Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt durch Krankenhäuser direkt entsprechend dieser Anlage und der unmittelbar nach der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V folgenden, inhaltlich hierzu übereinstimmenden Fortschreibung der Regelungen in den Anlagen zur § 301-Vereinbarung.

Im Rahmen der Abrechnung kommen die Nachrichtentypen „Rechnungssatz Ambulante Operation“ (AMBO), „Zahlungssatz Ambulante Operation“ (ZAAO) und „Fehlernachricht“ (FEHL) zur Anwendung. Hierfür werden die entsprechenden Nachrichtentypen durch eine 12. Fortschreibung an diese Anlage angepasst. Die Abrechnung des 2. Quartals kann rückwirkend ab dem 01.10.2014 erfolgen.

Die in 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“ festgelegten Inhalte der Abrechnungen werden in den Datenfeldern des „Rechnungssatzes Ambulante Operation“ wie folgt übermittelt:

Datensatzbeschreibung für die Service-Segmente AMBO, ZAAO, FEHL im Verfahren nach § 116b SGB V:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	§ 2 Nr. 1)
UNB	Nutzdaten-Kopfsegment	M	an3	UNB	
	Syntaxbezeichner	M		Syntaxkennung: Version	
	Syntax-Kennung	M	an4	UNOC	
	Syntax-Versionsnummer	M	n1	3	
	Absender der Übertragungsdatei	M			
	Absenderbezeichnung	M	an..35	IK der datenversendenden Stelle	1
	Empfänger der Übertragungsdatei	M			
	Empfängerbezeichnung	M	an..35	IK datenannehmenden Stelle	2
	Datum/Uhrzeit der Erstellung	M			

	Datum der Erstellung	M	n6	JJMMTT
	Zeit der Erstellung	M	n4	HHMM
	Datenaustauschreferenz	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Dateinummer
	Referenz/Passwort des Empfängers	K		leer
	Anwendungsreferenz	M	an..14	11 Stellen Dateiname
UNH	Nachrichten-Kopfsegment	M	an3	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB UNZ)
	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AMBO:12:000:00'
	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AMBO', 'ZAAO' oder 'FEHL'
	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	12
	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	000
	Verwaltende Organisation	M	an..2	00
UNT	Nachrichten-Endesegment	M	an3	UNT
	Anzahl der Segmente in einer Nachricht	M	an..6	
	Nachrichten-Referenznummer	M	an..14	fortlaufende Nr., wie in UNH
UNZ	Nutzdaten-Endesegment	M	an3	UNZ
	Datenaustauschzähler	M	an..6	
	Datenaustauschreferenz	M	an..14	Dateiname, wie in UNB

Datensatzbeschreibung für die Nutzdaten-Segmente „Rechnungssatz Ambulante Operation AMBO“ im Verfahren nach § 116b SGB V:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	§ 2 Nr. ¹⁾
FKT	Segment Funktion	M	an3	FKT	
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9 [neues VKZ]	3
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	01 ff.	
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses	5
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse	4
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	INV	
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12		9
	Versichertenart	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 1), `9` bei Auslandsversicherten	11
	Besonderer Personenkreis	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 2), `9` bei Auslandsversicherten	11
	DMP-Teilnahme	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 3), `9` bei Auslandsversicherten	11
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)	
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15		
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	leer	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	leer	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	leer	
	Vertragskennzeichen	K	an..25	M bei § 116b (neu): Teamnummer („00xxxxxx“)	16
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	NAD	
	Name des Versicherten	M	an..45 ²⁾		10
	Vorname des Versicherten	M	an..45 ²⁾		10
	Geschlecht	M	an1		10
	Geburtsdatum	M	an8	JJJMMTT	10
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56 ²⁾		
	Postleitzahl	K	an..10 ²⁾		
	Wohnort	K	an..40 ²⁾		
	Titel des Versicherten	K	an..20 ²⁾		

	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	leer	
	Namenszusatz	K	an..20 ²⁾		
	Vorsatzwort	K	an..20 ²⁾		
	Anschriftenzusatz	K	an..40 ²⁾		
CUX	Segment Währung	M	an3	CUX	
	Wahrungskennzeichen	M	an3	EUR	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	DPV	
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Di- agnoseschlüssels	17
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Pro- zedurenschlüssels	18
REC	Segment Rechnung	M	an3	REC	
	Rechnungsnummer	M	an..20		20
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT	21
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11	22
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT im Abrechnungs- quartal	14
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99	23
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9		
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20		
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT	6
	Honorar- /Investitionskostensumme (für Pauschale)	K	n..8	Erläuterung beachten	24
	Pauschale	K	n..8		
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	entfällt bei §116b SGB V	
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6		
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1		
RZA	Segment Rechnungszusatz ambulante Operation	M	an3	RZA	
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Betriebsstattnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Zahnarztnummer des überweisenden	K	an..9		

Zahnarztes					
	Überweisungsdiagnose	K		M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Diagnoseschlüssel	M	a1		12
	Lokalisation	K	a1		12
	Diagnosesicherheit	K	a1		12
	Sekundär-Diagnose	K			12
	Diagnoseschlüssel	M	a1		12
	Lokalisation	K	a1		12
	Diagnosesicherheit	K	a1		12
	Arztnummer des Belegarztes/koop. Vertragsarztes	K	an..9		13
	Arztnummer eines weiteren koop. Vertragsarztes	K	an..9		
	Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 117-119 Fällen	
	Datum der Überweisung in die ASV	K	an..8	JJJMMTT, M bei § 116b neu: bei Überweisung in die ASV	12
	KV-Bezirk	M	an2	Schlüssel 26	8
	EBM-Version	K	an8	JJJMMTT	27
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	BDG, 30x möglich	
	Behandlungsdiagnose	M		ICD-Schlüssel	13 17
	Diagnoseschlüssel	M	a1	Schlüssel 16	13 17
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 17	13 17
	Diagnosesicherheit	K	a1		13 17
	Sekundärdiagnose	K			
	Diagnoseschlüssel	M	a1	ICD-Schlüssel	13 17
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16	13 17
	Diagnosesicherheit	K	a1	Schlüssel 17	13 17
	Diagnoseart	M	a1	1 - Behandlungsdiagnose 2 - bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV	13
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	M bei § 116b (neu): bei Diagnoseart „2“, bei KH:	13

				Fachgruppennummer	
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	PRZ, 99x möglich	
	Prozedur	M			18
	Prozedurenschlüssel		an..11	OPS-Schlüssel	
	Lokalisation	K	a1		18
	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT	18
	Lebendspende	K	a1	leer	
ENA	Segment Entgelt ambulante OP	M	an3	999x möglich	
	Entgeltart	M	an8	EBM Ziffern	27 24
	Zusatzkennzeichen EBM	K	a3	Schlüssel 19	
	Abrechnungsbegründung	K	an..70		27
	in Honorar- / Investitionskosten- Pauschale enthalten	K	a1	bei § 116b (neu): „A“ (In- vestitionskostenabschlag)	24
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT	27
	Punktzahl	K	n..6	999999	27
	Punktwert	K	n..8	99,999999 (Cent)	27
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99	27
	Entgeltanzahl	M	n..3		27
	Doppeluntersuchung	K	an1	leer	
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	M bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer	25
	Teamebene	K	an2	M bei § 116b (neu), Schlüs- sel 25	26
	Gennummer, codiert	K	an12	sofern bei EBM notwendig	28
	Anzahl Gennummer	K	n..3	Multiplikator Gennummer	28
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	EZV	
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99	29
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, (bei § 116b (neu): außer 05 oder 06)	29
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70		29
	Anzahl	M	n..3		
	Tag der Behandlung	K	an8	JJJJMMTT	
	Honorarsummen- / Investitionskostenrele-	K	n..8	nur bei § 115b (Honorarsumme) ,	24

vanter Anteil		bzw. bei § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag)		
LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	LEI, 999x möglich
	Leistungsart	M	an2	„A2“ Schlüssel 24 (Erkrankungs- und Leistungsbe- reich)
	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22,27,28
	Leistungstag	K	an8	15 19

Legende:

¹⁾ Verweis auf § 2 (Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen) der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V (ASV-AV)

²⁾ Anpassung an die Versichertenstammdaten der eGK

Änderungen des Zahlungssatzes „Ambulante Operation“ erfolgen analog des „Rechnungssatzes Ambulante Operation“ und werden in dieser Anlage nicht separat dokumentiert, sondern in der 12. Fortschreibung der §301-Vereinbarung entsprechend vorgenommen

Notwendige Anpassungen der §301-Vereinbarung:**1. Neue Datenfelder:**

INV-Segment

- Versichertenart
- Besonderer Personenkreis
- DMP-Teilnahme

NAD-Segment

- Namenszusatz
- Vorsatzwort
- Anschriftenzusatz

RZA-Segment

- Datum der Überweisung in die ASV
- KV-Bezirk des Krankenhausstandortes
- EBM-Version

BDG-Segment

- Diagnoseart
- Teammitgliedsidentifikation

ENA-Segment

- Teammitgliedsinformation (Fachgruppennummer), Stelle 1-6: „xxxxxx“ (fortlaufende Nummer der ACV-Verzeichnisstelle), Stelle 7: Ordnungsnummer für die Reihenfolge des Krankenhauses in Anzeige an die ASV-Verzeichnisstelle, Stelle 8-9: Fachgruppencodes gemäß Anlage 3 der Vereinbarung)
- Teamebene (Schlüssel 25: einheitliche Regelung in dreiseitiger Vereinbarung)
- Gennummer, codiert
- Anzahl Gennummer

2. Geänderte Datenfelder:

INV-Segment

- Anpassung an die eGK
- Das Datenfeld „Vertragskennzeichen“ muss die von der ASV-Verzeichnisstelle vergebene Teamnummer (s. Anlage 1 ASV-AV) enthalten. Die Teamnummer enthält in Stelle 1 und 2 die ASV-Kennung „00“, in Stelle 3 bis 8 eine eindeutige fortlaufende Nummer und in Stelle 9 die Prüfziffer

NAD-Segment

- Anpassung an die eGK

3. Schlüsselerweiterungen:

- Schlüssel 4 (evtl. weitere nicht durch den EBM abgebildete Leistungen)

- Schlüssel 9 neues Verarbeitungskennzeichen (z.B. „13“ nur für AMBO und ZAAO und „43“ Stornierung Abrechnung nach § 116b)
- Schlüssel 12: Aufteilung des Versichertenstatus in 3 Teile
- Schlüssel 22 (Leistungsbereich 6-stellig, neue Ausprägungen)
- neue Schlüssel 28 (Bsp. Tumorstadien etc.)
- Schlüssel 25 Teamebene
- Schlüssel 26 KV-Bezirk (des Krankenhausstandortes)
- Schlüssel 27 Fachgruppencodes (§ 116b (neu)) als Bestandteil der Fachgruppennummer, siehe Anlage 3 der Vereinbarung

4. Fehlercodes

- Zusätzliche Fehlercodes werden definiert

5. Hinweise zur Durchführung:

- Verwendung der Versichertenstammdaten der eGK (INV und NAD)
- Verwendung der Teamnummer (Vertragskennzeichen)
- Verwendung der Fachgruppennummer für Krankenhausärzte
- Dokumentation der Überweisung in die ASV inklusive „Datum der Überweisung in die ASV“ (je Behandlungsfall quartalsübergreifend gleichbleibend, bei erneuter Überweisung neu beginnend)
- Dokumentation der Überweisung innerhalb der ASV ggf. mit „Diagnose (Überweisung innerhalb ASV)“ für Definitions- und Indikationsauftrag
- Verwendung des KV-Bezirks des Krankenhausstandorts
- Verwendung der EBM-Version zur Identifikation der für die Abrechnung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung
- Verwendung des vorhandenen Felds „in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten“ mit Vorgabewert „A“ zur Kennzeichnung, dass der Entgeltbetrag zur Berechnung des Investitionskostenabschlags nach § 116b Abs. 6 Satz 6 SGB V herangezogen wird, dabei ist im Feld „Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale“ (REC) die Berechnungsbasis für den Investitionskostenabschlag anzugeben, ebenfalls werden dafür die „honorar-/Investitionskostennummenrelevanten Anteile“ aus EZV berücksichtigt; im Feld „Pauschale“ (REC) ist dann der entsprechende Wert als negativer Wert (Abschlag) in Höhe des Abschlags (5%) zu interpretieren; die Vereinbarungspartner erstellen dafür ein gesondertes Berechnungsschema
- Verwendung der Teamebene
- Verwendung der Genummer (codiert und Anzahl)
- Verwendung des Leistungsschlüssels (Erkrankungs- und Leistungsbereich)
- PRZ: Wiederholbarkeit Erhöhung von 30x auf 99x

Anlage 3

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)

Fachgruppencodierungen

Für Krankenhausärzte und Vertragsärzte wird der Fachgruppencode gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 14 und Abs. 4 Satz 2 im ASV-Verzeichnis (Anlage 1 ASV-AV) geführt.

Der Fachgruppencode bildet die für die Leistungserbringung nach § 3 der ASV-Richtlinie geforderte fachärztliche Qualifikation ab, die in der Anzeige an den erweiterten Landesausschuss anzugeben ist. Sind mehrere fachärztliche Qualifikationen angegeben, für die weitere (sekundäre) Fachgruppencodes gelten, werden diese sekundären Fachgruppencodes im ASV-Verzeichnis hinterlegt.

Der Fachgruppencode bildet die Fachgebiets-, Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnungen gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetznummern entsprechend der nachfolgenden Liste ab.

Hierbei dürfen die KV-spezifischen Fachgruppencodes 70–98 nicht genutzt werden. Die Berechtigung zur Verwendung eines Fachgruppencodes in Verbindung mit ASV-Leistungen ergibt sich ausschließlich aus der ASV-Richtlinie.

Der Fachgruppencode ist bei Krankenhausärzten Bestandteil der Fachgruppennummer, die in der Abrechnung gemäß § 2 Nr. 13 und 25 ASV-AV und auf Vordrucken gemäß § 9 Abs. 5 Satz 2 ASV-AV und im ASV-Verzeichnis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 11 zu verwenden ist.

Die Fachgruppennummer ist wie folgt strukturiert:

- | | |
|------------------|--|
| Stellen 1 bis 6: | Pseudo-Arztnummer „55555“ (6 x 5) |
| Stelle 7: | Ordnungsnummer für die Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Verzeichnisstelle (KH-Zähler) |
| Stellen 8 und 9: | Fachgruppencode |

Fachgruppencodes

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO, kammerindividuell, EU-Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	
FA Allgemeine Chirurgie	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12
FA Plastische Chirurgie	13
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33

Bezeichnung	Fachgruppencode
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindernephrologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52

Bezeichnung	Fachgruppencode
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin	99
(§ 6 Abs. 2 BMV)	
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Die als obsolet bezeichneten Fachgruppencodes finden weiterhin Anwendung und kennzeichnen historische Fachgruppen-, Schwerpunkt- und Teilgebietsbezeichnungen.

Anlage 3a Zusatz-Weiterbildungen

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)

Für Krankenhausärzte und Vertragsärzte werden folgende Kennziffern für die Zusatz-Weiterbildungen gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geführt. Diese sind der ASV-Serviceestelle gemäß § 3 Nr. 14 der Anlage 1 ASV-AV zusätzlich zum Fachgruppencode zu melden, wenn die entsprechende Zusatz-Weiterbildung als indikationsspezifische Vorgabe in einer Konkretisierung der ASV-Richtlinie aufgeführt ist.

Die eindeutige Abbildung zwischen diesen Codes und den Konkretisierungen wird in dieser Anlage fortgeschrieben. Die Spalte „Verwendung“ weist die Konkretisierungen aus, in denen die Angabe der jeweiligen Zusatz-Weiterbildung möglich ist.

Code	Zusatz-Weiterbildung	Verwendung ¹
070	Akupunktur	
027	Allergologie	
071	Andrologie	
011	Arbeitsmedizin; <i>obsolet</i>	
102	Ärztliches Qualitätsmanagement	
061	Badearzt; <i>kammerindividuell</i>	
039	Balneologie und Medizinische Klimatologie; <i>obsolet</i>	
034	Betriebsmedizin	
133	Bluttransfusionswesen; <i>obsolet</i>	
028	Chirotherapie; <i>obsolet</i>	
072	Dermatohistologie	
106	Diabetologie	
137	Ernährungsmedizin; <i>kammerindividuell</i>	
154	Fachkunde Geriatrie; <i>kammerindividuell</i>	
155	Fachkunde Rettungsdienst; <i>kammerindividuell</i>	

¹ Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel nach Anlage 4 ASV-AV

040	Flugmedizin	
073	Geriatrie	
074	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
075	Hämostaseologie	
084	Handchirurgie	
014	Homöopathie	
076	Infektiologie	2A0100
077	Intensivmedizin	
090	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
091	Kinder-Gastroenterologie	
092	Kinder-Nephrologie	
093	Kinder-Orthopädie	
094	Kinder-Pneumologie	
095	Kinder-Rheumatologie	
144	Klinische Neuropsychologie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten	
156	Krankenhaushygiene; <i>kammerindividuell</i>	
141	Kurarzt; <i>kammerindividuell</i>	
135	Labordiagnostik - fachgebunden	
110	Magnetresonanztomographie - fachgebunden	
111	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
112	Medikamentöse Tumorthherapie	
029	Medizinische Genetik; <i>obsolet</i>	
030	Medizinische Informatik	
015	Naturheilverfahren	
123	Neuropsychologie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
089	Notfallmedizin	
021	Nuklearmedizin; <i>obsolet</i>	
113	Orthopädische Rheumatologie	
114	Palliativmedizin	
085	Phlebologie	

115	Physikalische Therapie und Balneologie	
031	Physikalische Therapie; <i>obsolet</i>	
032	Plastische Operationen (Plastische und Ästhetische Operationen)	
116	Proktologie	
041	Psychoanalyse	
124	Psychoanalyse bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
125	Psychodiabetologie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
060	Psychotherapie; <i>obsolet</i>	
136	Psychotherapie – fachgebunden	
146	Psychotherapie – fachgebunden – tiefenpsychologisch fundiert; <i>kammerindividuell</i>	
147	Psychotherapie – fachgebunden – Verhaltenstherapie; <i>kammerindividuell</i>	
086	Rehabilitationswesen	
104	Rettungsmedizin; <i>kammerindividuell</i>	
117	Röntgendiagnostik – fachgebunden	
148	Röntgendiagnostik – fachgebunden Skelett	
149	Röntgendiagnostik – fachgebunden Thorax	
150	Röntgendiagnostik – fachgebunden Verdauungstrakt und Gallenwege	
151	Röntgendiagnostik – fachgebunden Harntrakt	
152	Röntgendiagnostik – fachgebunden Mamma	
153	Röntgendiagnostik – fachgebunden Gefäßsystem; <i>kammerindividuell</i>	
038	Röntgentherapie; <i>obsolet</i>	
118	Schlafmedizin	
142	Schwangerenkonfliktberatung; <i>kammerindividuell</i>	
143	Sexualmedizin; <i>kammerindividuell</i>	
063	Sozialmedizin	
138	Spezielle Diabetologie; <i>kammerindividuell</i>	

119	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
126	Spezielle Schmerzpsychotherapie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
195	Spezielle Schmerztherapie	
120	Spezielle Unfallchirurgie	
145	Spezielle Viszeralchirurgie	
009	Sportmedizin	
016	Stimm- und Sprachstörungen; <i>obsolet</i>	
052	Strahlentherapie; <i>obsolet</i>	
122	Suchtmedizinische Grundversorgung	
129	Suchttherapie/Suchtmedizin; <i>kammerindividuell</i>	
127	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
033	Transfusionsmedizin; <i>obsolet</i>	
010	Tropenmedizin	
087	Umweltmedizin; <i>obsolet</i>	
128	Verhaltenstherapie bei Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; <i>kammerindividuell</i>	
140	Verkehrsmedizinische Begutachtung; <i>kammerindividuell</i>	

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)

Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel (§ 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Der Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel ist in der Abrechnung gemäß § 2 Nr. 15 und im ASV-Verzeichnis zu verwenden.

Dieser Schlüssel ist wie folgt strukturiert:

Erkrankungs- und Leistungsbereich	Schlüssel
1. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:	1[A-I]0100ff
1.) a) Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle	1A0100
...	
2. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechende geringer Fallzahl	2[A-N]0100ff
2.) a) Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100
...	
3. Hochspezialisierte Leistungen	3[A-B]0100ff
...	

Anlage 5

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)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)

K. d. ö. R., Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

K. d. ö. R., Berlin

Präambel

Gemäß der Protokollnotiz Nr. 2 zur Abbildung der Inhalte nach § 2 Nr. 27 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) vereinbaren die Vertragspartner die nachfolgende Regelung zur Abrechnung und zum Nachweis der Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix der Konkretisierungen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V.

§ 1 Grundsätze

Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, gelten folgende Regelungen:

- Die Vertragspartner vereinbaren zeitnah nach Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der ASV-Richtlinie mit Festlegung des Behandlungsumfanges im Appendix der jeweiligen Krankheitskonkretisierung bundeseinheitliche Pseudoziffern für die Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix.
- Für Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix, die der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte, Kostenpauschalen 86510 bis 86518) entsprechen, sind keine zusätzlichen Pseudoziffern zu vereinbaren.
- Die vereinbarten bundeseinheitlichen Pseudoziffern werden mit der jeweiligen Bezeichnung der Leistung aus dem Abschnitt 2 des Appendix in § 2 (Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern) unter Angabe des Gültigkeitszeitraums aufgeführt.
- Werden im Abschnitt 2 des Appendix in den verschiedenen Konkretisierungen jeweils gleiche Leistungen beschrieben, ist hierfür lediglich eine bundeseinheitliche Pseudoziffer zu vereinbaren.
- Die für die Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix angesetzten Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind in der Abrechnung anzugeben
- Die Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind in der Abrechnung mit der zutreffenden Pseudoziffer gemäß § 2 zu kennzeichnen.
- Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix im EBM sind die entsprechenden Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ nicht mehr abrechnungsfähig.
- Für die in der Abrechnung anzuwendenden Gebührensätze der GOÄ gilt der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014.

§ 2 Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern

Pseudoziffer	Bezeichnung der Leistung	Gültig von ¹	Gültig bis ²
88500	PET/PET-CT - Bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen - bei Patienten mit resektablen Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie	26.07.2014	
88501	Zusätzlicher Aufwand für Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie (entsprechend der Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und / oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1, z. B. GOP 07345 des EBM)	26.07.2014	
88502	Zusätzlicher Aufwand für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz mit Vorstellung eines Patienten	26.07.2014	
88503	Zusätzlicher Aufwand für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) ASV-RL	26.07.2014	
88504	Vorhaltung einer 24-h-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft	26.07.2014	

§ 3 Inkrafttreten

- (1) Die Anlage 5 tritt zum 01.10.2014 in Kraft und gilt für die Übermittlung der Abrechnung ab dem 01.01.2015. Das Nähere dazu regeln die jeweils geltenden technischen Anlagen.
- (2) Die Anlage 5 ist Bestandteil der ASV-AV und kann gemäß § 10 Abs. 4 der ASV-AV auch unabhängig von der Vereinbarung einvernehmlich angepasst werden.

¹ gültig ab Inkrafttreten der erkrankungsspezifischen Anlagen zur Richtlinie

² gültig bis Aufnahme in den EBM nach Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V

Anlage 6

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)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)

K. d. ö. R., Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

sowie

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

K. d. ö. R., Berlin

Präambel

Gemäß der Protokollnotiz Nr. 1 zur Abbildung der Inhalte nach § 2 Nr. 19 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) vereinbaren die Vertragspartner die nachfolgende Strukturierung des TNM-Status (einschließlich des Präfixes r bei Rezidiv) mit R- und G-Code nach UICC-Stadium und eine Angabe für die Progression der Tumorerkrankung ab dem 3. Quartal 2014.

§ 1 Grundsätze

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „Im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den nachfolgenden Schlüsseln erfolgen. Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe erneut, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“, zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC).

§ 2 Schlüssel TNM

Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B.: rT1N2M1G2R1] Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

1. Stelle: r – Rezidiv

0	kein Rezidiv vorhanden
r	r – Rezidiv vorhanden

2. Stelle: T – Tumorklassifikationen

T	Standardwert
---	--------------

3. Stelle: T – Tumorklassifikationen-Ausprägung

0	T0 nach TNM
---	-------------

1	T1 nach TNM
2	T2 nach TNM
3	T3 nach TNM
4	T4 nach TNM
X	Tx oder Tis nach TNM

4. Stelle: N - Lymphknotenmetastasen

N	Standardwert
---	--------------

5. Stelle: N - Lymphknotenmetastasen-Ausprägung

0	N0 nach TNM
1	N1 nach TNM
2	N2 nach TNM
3	N3 nach TNM
X	Nx nach TNM

6. Stelle: M - Fernmetastasen

M	Standardwert
---	--------------

7. Stelle: M - Fernmetastasen-Ausprägung

0	M0 nach TNM
1	M1 nach TNM

8. Stelle: G - Grading

G	Standardwert
---	--------------

9. Stelle: G - Grading-Ausprägung

1	G1 - Gut differenziert
2	G2 - Mäßig differenziert
3	G3 - Schlecht differenziert
4	G4 - Undifferenziert

X	Gx - Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden.
---	--

10. Stelle: R - Residualtumor

R	Standardwert
---	--------------

11. Stelle: R - Residualtumor-Ausprägung

0	R0 - Kein Residualtumor
1	R1 - Mikroskopischer Residualtumor
2	R2 - Makroskopischer Residualtumor, Mikroskopisch nicht bestätigt
X	Rx - Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

In den Fällen, in denen der TNM-Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.

§ 3 Schlüssel Progression

Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen Ziffer wie folgt dargestellt:

1. Stelle: P - Progression der Tumorerkrankung

0	keine Progression vorhanden
1	Progression vorhanden

In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser übermittelt.

§ 4 Inkrafttreten

- 1) Die Anlage 6 tritt zum 01.07.2014 in Kraft und gilt für die Dokumentation und Übermittlung der in § 1 bis § 3 festgelegten Angaben ab dem 01.01.2015. Das Nähere dazu regeln die jeweils geltenden technischen Anlagen.
- 2) Die Anlage 6 ist Bestandteil der ASV-AV und kann gemäß § 10 Abs. 4 der ASV-AV auch unabhängig von der Vereinbarung einvernehmlich angepasst werden.