

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen im Zusammenhang mit der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung ab dem Lieferquartal 2/2018**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 419. Sitzung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs um Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind, beschlossen. Zur Durchführung dieses Verfahrens werden Daten benötigt.

Der vorliegende Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen und die Nutzung von bereits in anderen Beschlüssen des Bewertungsausschusses geregelten Datenlieferungen.

#### **2. Aufbau des Beschlusses**

Im Wesentlichen werden im vorliegenden Beschluss die Regelungen aus früheren Beschlüssen in einem einheitlichen Beschluss zusammengeführt. Der Beschluss besteht aus den Teilen A bis C.

In Beschlussteil A findet sich die Regelung zur Übermittlung der Anzahl ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten sowie der arztbezogenen Anzahl ambulant spezialfachärztlich behandelter Patienten durch die Krankenkassen, die bisher im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 geregelt gewesen ist.

Beschlussteil B macht Vorgaben zur Übermittlung der historischen Anzahl gemäß § 116b SGB V (alt) behandelter Patienten durch die Krankenkassen, zur Bereitstellung der Steuertabelle für von den Krankenkassen zu liefernde KV-Bezirke und Leistungsbereiche und der Überleitungstabelle für Leistungsbereiche und ASV-Indikationen durch das Institut des Bewertungsausschusses sowie zur Übermittlung, Aufbewahrung und Rückspielung

der historischen Anzahl gemäß § 116b SGB V (alt) behandelter Patienten bei verzögertem Bereinigungsbeginn durch das Institut des Bewertungsausschusses. Mit Ausnahme der Vorgaben zur Aufbewahrung und Rückspielung bei verzögertem Bereinigungsbeginn sind diese Vorgaben bisher im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 399. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geregelt gewesen.

Beschlussteil C beinhaltet die Nutzung der Datenlieferungen der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie der Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungsregelung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses. Die Datenlieferung ist bisher im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 geregelt gewesen.

In den Anlagen des vorliegenden Beschlusses sind die Datensatzbeschreibungen für die Datenlieferungen, welche in den Beschlussteilen A und B geregelt sind, enthalten.

### **3. Regelungsinhalte**

#### **3.1 Beschlussteil A**

##### **3.1.1 Wesentliche Änderungen gegenüber dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016**

Die in Beschlussteil A geregelte Datenlieferung wird hinsichtlich zweier Lieferfristen geändert. Erstens wird die Lieferfrist für den GKV-Spitzenverband für die Satzart ANZASV116b\_SUM von sieben Tagen auf fünf Arbeitstage geändert. Zweitens wird die bisherige Frist zur Weiterleitung dieser Daten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung von drei Tagen auf drei Arbeitstage angepasst.

##### **3.1.2 Inhalt**

Nach Teil A Nr. 1 des Beschlusses übermitteln die Krankenkassen gemäß §§ 87 Abs. 3f sowie 87a Abs. 6 SGB V quartalsweise bis zum Ende des Folgequartals, KV-spezifisch und indikationsspezifisch jeweils beginnend mit demjenigen Abrechnungsquartal, in welchem von der Krankenkasse erstmals ASV-Leistungen für mindestens einen ASV-Abrechnungsfall zur Zahlung freigegeben wurden (Signalquartal), die **ASV-Patientenzahlen** in der Satzart ANZASV116b\_IK. Die Datenlieferung in der Satzart ANZASV116b\_IK erfolgt KV-spezifisch und indikationsspezifisch nur für diejenigen Quartale, in denen der Krankenkasse für einen ASV-Leistungsfall eine zu zählende Abrechnung vorgelegen hat. Die ASV-Patientenzahlen entsprechen den bis zum 15. Tag des dritten auf das Quartal folgenden Monats durch die Krankenkasse zur Zahlung freigegebenen

Abrechnungen, gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Art des ASV-Teams und Abrechnungsweg. Da ASV-Abrechnungen auch deutlich nach dem Leistungsquartal eingehen können, werden innerhalb des Bereinigungszeitraums für die Datenlieferung zu einem Abrechnungsquartal sämtliche bis zu dem genannten Stichtag zur Zahlung freigegebenen Abrechnungen für das jeweilige Leistungsquartal, auf das sie sich beziehen, berücksichtigt. Für jeden aus der Kombination von Leistungsquartal, Versicherten und ASV-Team definierten ASV-Leistungsfall wird allerdings der in diesem Fall behandelte Patient stets nur einmalig gezählt. Die Zuordnung der Art des ASV-Teams (ausschließlich Vertragsärzte, ausschließlich Krankenhausärzte oder gemischtes Team) erfolgt jeweils anhand des ASV-Verzeichnisses zum Stand des letzten Tages des Leistungsquartals, abhängig davon, ob dort ausschließlich Betriebsstättennummern oder ausschließlich Institutionskennzeichen als Einrichtungskennung angegeben sind.

Zur Vollständigkeitsprüfung übermitteln die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband nach dessen Vorgaben ergänzend die Information, ob für ein Abrechnungsquartal, eine Wohnort-KV und eine ASV-Indikation eine Patientenzahl von null oder eine Patientenzahl größer null vorliegt.

Aufgrund des knappen Zeitraums zwischen dem Vorliegen der ASV-Patientenzahlen bei den Krankenkassen bis zu deren Verwendung zur Durchführung der ASV-Bereinigung durch die Gesamtvertragspartner erfolgt die Weiterleitung der zusammengeführten ASV-Patientenzahlen abweichend vom in § 87a Abs. 6 SGB V vorgesehenen Lieferweg. Der GKV-Spitzenverband summiert die erhaltenen ASV-Patientenzahlen unter Entfernung des Krankenkassenbezugs in der Satzart ANZASV116b\_SUM auf. Die Satzart ANZASV116b\_SUM wird zusammen mit den kassenartenspezifisch abgegrenzten Rohdaten regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt innerhalb von fünf Arbeitstagen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, an das Institut des Bewertungsausschusses, an die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die kassenseitigen Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V übermittelt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet diese Daten innerhalb von drei Arbeitstagen an die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter. Den jeweiligen Empfängern wird dabei nur die jeweils zutreffende regionale bzw. kassenartenspezifische Abgrenzung bereitgestellt.

Zur Unterstützung der Berücksichtigung der vorgenommenen ASV-Bereinigungen bei der Honorarverteilung übermitteln die Krankenkassen quartalsweise bis zum Ende des Folgequartals die tatsächlichen **arztspezifischen ASV-Patientenzahlen** in der Satzart ANZASV116b\_LANR. Die Zahl der ASV-Patienten von Vertragsärzten ist gegliedert nach Abrechnungsquartal, Leistungsquartal, Kassensitz-IK, Wohnort-KV, ASV-Indikation, Abrechnungsweg und nicht pseudonymisierter lebenslanger Arztnummer direkt an

die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen zu liefern. Diese Datenlieferungen erfolgen analog zur Lieferung der Patientenzahlen in der Satzart ANZASV116b\_IK. Es werden jedoch nur ASV-Behandlungen bei Vertragsärzten berücksichtigt. Ein ASV-Patient wird für jeden einzelnen an einem ASV-Team teilnehmenden und entsprechende Abrechnungen übermittelnden Vertragsarzt gezahlt. Datenlieferant und Datenempfänger vereinbaren jeweils das Nähere zum Übertragungsweg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

### **3.2      **Beschlussteil B****

#### **3.2.1    Wesentliche Änderungen gegenüber dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 399. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

Für die in Beschlussteil B geregelte Datenlieferung wird eine weitere Regelung aufgenommen, mit welcher das Institut des Bewertungsausschusses Einträge in der Satzart ANZ116bALT\_STEUER ergänzt. Dies ist der Fall, wenn der Bereinigungszeitraum in einem KV-Bezirk für eine Indikation nicht spätestens in dem Quartal nach dem letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnt. Diese Regelung wird ergänzt um Vorgaben für das Institut des Bewertungsausschusses zur Aufbewahrung und verzögerten Rückspielung der historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten bei verzögertem Bereinigungsbeginn.

#### **3.2.2    Inhalt**

Die Krankenkassen übermitteln gemäß § 87a Abs. 6 SGB V die historische Anzahl der Patienten mit Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 116b SGB V (alt) in der Satzart ANZ116bALT\_IK bis zum Ende des zweiten Monats eines Lieferquartals an den GKV-Spitzenverband. Die Angabe, für welche Leistungsquartale, Wohnort-KV-Bezirke und Leistungsbereiche in einem Lieferquartal Patientenzahlen zu übermitteln sind, können die Krankenkassen einer Steuertabelle entnehmen, die das Institut des Bewertungsausschusses in der Satzart ANZ116bALT\_STEUER bereitstellt. Das Institut des Bewertungsausschusses erstellt diese Satzart entsprechend den sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ergebenden Datenerfordernissen und berücksichtigt dabei die verfügbaren Datenlieferungen in der Satzart ANZASV116b\_SUM, um das jeweils erste Bereinigungsquartal für einen Wohnort-KV-Bezirk und eine Indikation festzustellen und hieraus das jeweils erste für die Umsetzung der Bereinigung benötigte Leistungsquartal gemäß § 116b SGB V (alt) abzuleiten. Die Bereitstellung der Steuertabelle erfolgt jeweils einen Monat vor dem Lie-

fertermin der Krankenkassen auf der Internetseite des Instituts. Die Definition der Leistungsbereiche ergibt sich aus Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V.

Der GKV-Spitzenverband leitet die Patientenzahlen bis zum zehnten Tag des dritten Monats eines Lieferquartals an das Institut des Bewertungsausschusses weiter, welches sie bis zum 20. Tag des Monats unter Entfernung des Krankenkassenbezugs je Leistungsbereich, Leistungsquartal und Wohnort-KV in der Satzart ANZ116bALT\_SUM aufsummiert, die Kennzeichnung der ASV-Indikation einfügt und an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses weiterleitet.

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

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt aus Transparenzgründen zudem eine Überleitungstabelle für Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Indikationen nach § 116b SGB V in der Satzart ANZ116bALT\_UEBERLEITUNG zur Verfügung und pflegt diese regelmäßig. Im Vorlaufsatz der Steuertabelle ANZ116bALT\_STEUER wird jeweils auf die anzuwendende Versionsnummer der Überleitungstabelle verwiesen.

Für die Bestimmung der historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten sollen ausschließlich vollständige Leistungsquartale gemäß § 116b SGB V (alt) verwendet werden, d. h. in diesem Kontext Quartale, die vor dem Quartal liegen, in welchem die dreijährige Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V abläuft. Mit den Regelungen in den Nrn. 1 bis 3 des vorliegenden Beschlusses kann dies nicht umgesetzt werden, sofern die Bereinigung in einem KV-Bezirk für eine Indikation nicht spätestens in dem Quartal nach dem letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnt. Darüber hinaus werden die historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten nicht unbefristet bei den Krankenkassen aufbewahrt, so dass diese Anzahlen bei einer nicht zeitnahen Bestimmung nicht mehr ermittelbar wären.

Aus diesem Grund wird in Nr. 4 eine entsprechende Regelung aufgenommen, durch die das Institut des Bewertungsausschusses Einträge in die Satzart ANZ116bALT\_STEUER zusätzlich zu den Einträgen nach Nr. 2 ergänzt.

Sobald ersichtlich ist, dass die Bereinigung nicht spätestens in dem Quartal nach dem letzten vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V

liegenden Quartal beginnt, ergänzt das Institut des Bewertungsausschusses die Satzart ANZ116bALT\_STEUER für die betroffene Indikation und die betroffenen KV-Bezirke. Das Institut des Bewertungsausschusses bewahrt diese für bis zu vier aufeinanderfolgende Quartale übermittelten historischen Anzahlen der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten auf.

Sollte nach Beginn der ergänzend zu Nr. 2 erfolgten quartalsweisen Einträge in der Steuertabelle die Bereinigung in diesem KV-Bezirk für diese Indikation noch im Laufe der drei Quartale nach dem ersten nicht vollständig in der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V liegenden Quartal beginnen, dann endet das in Nr. 4 beschriebene Verfahren.

Abweichend hiervon werden die historischen Anzahlen der nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten für die Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose sowie für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle für die in der Tabelle aufgeführten Quartale einmalig im Lieferquartal 3/2018 angefordert. Der Grund hierfür ist, dass die dreijährige Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V für beide Indikationen abgelaufen ist und eine quartalsweise Datenlieferung der historischen Anzahlen nach § 116b SGB V (alt) behandelter Patienten für ausschließlich vollständige Leistungsquartale anderenfalls nicht möglich wäre.

Sobald der Bereinigungszeitraum in einem KV-Bezirk für eine Indikation mit aufbewahrten historischen Anzahlen der nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten beginnt, übermittelt das Institut des Bewertungsausschusses für die bis zu vier ersten Bereinigungsquartale die zugehörigen historischen Patientenzahlen in der Satzart ANZ116b-ALT\_SUM . Diese Übermittlung erfolgt unter Beibehaltung des jeweiligen Quartalsbezugs, d. h. ist das Bereinigungsquartal das erste Quartal eines Kalenderjahres, so wird die historische Patientenzahl des einzig vorliegenden ersten Quartals übermittelt, ist das Bereinigungsquartal das zweite Quartal eines Kalenderjahres, so wird die historische Patientenzahl des einzig vorliegenden zweiten Quartals übermittelt. Die Übermittlung für die Bereinigungsquartale drei und vier eines Kalenderjahres erfolgt analog.

### **3.3      Beschluss teil C**

Die für die Berechnungen der ASV-Leistungsmengen notwendigen Datenlieferungen sind bereits im Beschluss des Bewertungsausschusses für Zwecke der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 geregelt.

In Teil C wird von der Möglichkeit in Abschnitt V. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 Gebrauch gemacht. Dieser Abschnitt V. sieht vor, dass die nachfolgend aufgeführten Daten durch das Institut des Bewertungsausschusses auch zu Auswertungen und Berechnungen gemäß §§ 87, 87a

und 116b Abs. 6 SGB V verwendet werden können, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des EBM stehen. Die Verwendung betrifft die pseudonymisierten vertragsarztbezogenen Abrechnungsdaten in der Satzart 210A und die pseudonymisierten betriebsstättenbezogenen Stammdaten in der Satzart 211A sowie die pseudonymisierten arztbezogenen Abrechnungsgruppenzuordnungen in den Satzarten AST\_EBM\_ARZT und AST\_EBM\_GOP.

Diese Daten liegen bereits beim Institut des Bewertungsausschusses vor. Durch die Regelung der Nutzung dieser Daten wird eine erneute Lieferung dieser Daten vermieden.

Die Datenlieferungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses für Zwecke der geplanten Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 sind bis einschließlich dem Berichtszeitraum 2020 befristet. Der Bewertungsausschuss wird zu gegebener Zeit die Verlängerung der für diesen Beschluss erforderlichen Datenlieferungen regeln.

#### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung ab dem Lieferquartal 2/2018 in Kraft.