

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 20.12.2017, in Kraft getreten am 01.01.2018

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 oder über eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V.

§ 2 Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen

Die ASV-Berechtigten übermitteln der Krankenkasse direkt oder über eine gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V beauftragte KV 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. die Versichertenart und die 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. unbesetzt
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 gesondert berechnungsfähigen Sachkosten gemäß Nr. 6.2.3 des Bereichs VII des EBM mit Angabe des Einzelbetrags, der Anzahl und des Behandlungstages
30. den Namen des Herstellers und die Artikel- bzw. Modellnummer zu den Sachkosten nach Nr. 29; sofern der Name des Herstellers nicht bekannt ist, ist der Name des Lieferanten zu übermitteln

§ 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. 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 Daten nach § 2 (Rechnungen) sind quartalsweise, frühestens nach Ablauf des Leistungserbringungsquartals, zu liefern. Die Lieferfrist für die Daten, dazu zählen auch Daten im Rahmen von Rechnungs Korrekturen, endet sechs Monate nach Ende des Leistungserbringungsquartals. Das Lieferdatum ist der Zeitpunkt des Eingangs der Daten bei der Krankenkasse bzw. bei der beauftragten Datenannahmestelle. Die Zahlung der Rechnungen durch die Krankenkasse wird drei Wochen nach dem Lieferdatum fällig.
- (6) Der ergänzte Bewertungsausschuss erstellt, aktualisiert und veröffentlicht eine maschinell verarbeitbare Liste von Gebührenordnungspositionen („ASV-Abschlags-GOPs“) für welche entsprechend Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in dessen 2. Sitzung am 15. September 2015 die Möglichkeit eines anteiligen Abschlages besteht, wenn sie von mehreren Ärzten gleicher Fachgruppe des Kernteams abgerechnet werden.¹

- (7) Die Krankenkassen können bei der Zahlung der Rechnungen für Datenlieferungen, die vor dem Ende der Lieferfrist eingehen, zunächst mögliche Kürzungen für die ASV-Abschlags-GOPs vornehmen. Nehmen Krankenkassen Kürzungen nach Satz 1 vor, wird vom ASV-Berechtigten aus diesem Grund keine Korrekturrechnung übermittelt; Korrekturen von Rechnungen aus anderen Gründen bleiben hiervon unberührt. Die Krankenkassen informieren die ASV-Berechtigten bzw. die beauftragten Kassenärztlichen Vereinigungen über die von Kürzungen nach Satz 1 betroffenen Gebührenordnungspositionen. Näheres regeln die Anlagen 2a bzw. 2b; bis zur technischen Umsetzung kann die Information nach Satz 3 auch schriftlich erfolgen. Das bestehende Fehlerverfahren gemäß den Anlagen 2a und 2b bleibt von Satz 3 unberührt. Nach Ablauf der Lieferfrist nach Absatz 5 Satz 2 prüft die Krankenkasse, welche Abschläge gemäß Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in dessen 2. Sitzung am 15. September 2015 anzusetzen sind, und leistet im Falle einer Differenz zu den bereits erfolgten Zahlungen eine Schlusszahlung. Die Schlusszahlung nach Satz 6 wird innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende der Lieferfrist gemäß Absatz 5 Satz 2 fällig. Die Krankenkassen informieren die ASV-Berechtigten bzw. die beauftragten Kassenärztlichen Vereinigungen über die Gebührenordnungspositionen, für die nach Satz 6 eine Differenz zu den bereits erfolgten Zahlungen berücksichtigt wird; die Klärung von diesbezüglichen Unklarheiten erfolgt über den Teamleiter.¹
- (8) Werden die Daten nach § 2 nach Ablauf der Lieferfrist gemäß Absatz 5 Satz 2 übermittelt, gelten Absatz 5 Satz 4 und Absatz 7 Satz 6 entsprechend. Absatz 5 Satz 4 gilt auch für Korrekturrechnungen.¹
- (9) Wird eine Zahlungsfrist nach Absatz 7 überschritten, sind nach Zahlungsfristablauf Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.¹
- (10) Fällt das Ende einer Frist nach den Absätzen 5 und 7 auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages.¹

§ 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 Vor drucken.

- (2) Die Teamleitung des interdisziplinären Teams (bzw. der ASV-Berechtigte) beantragt bei der ASV-Serviceestelle 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. Die Teamleitung kann eine andere Person oder Stelle mit den Aufgaben nach den Sätzen 1 und 4 beauftragen.
- (3) Nach Anzeige des Eintritts der Berechtigung übermittelt die ASV-Serviceestelle 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. Die Teamleitung kann eine andere Person oder Stelle mit der Beibringung des Nachweises nach Satz 1 beauftragen.
- (5) In der Abrechnung und auf Vordrucken dürfen ausschließlich von der ASV-Serviceestelle 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-Serviceestelle 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 Melde-

verpflichtung gegenüber dem jeweiligen erweiterten Landesausschuss. Die Teamleitung bzw. der ASV-Berechtigte kann eine andere Person oder Stelle mit der Meldung nach Satz 1 beauftragen.

- (4) Die Mitteilungen der ASV-Servicestelle (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-Servicestelle Kenntnis, dass eine ASV-Berechtigung nach Maßgabe der Sätze 8 bis 10 des § 116b Abs. 2 SGB V entfällt, muss sie die Gültigkeit der zugehörigen Teaminformationen nach Prüfung beim erweiterten Landesausschuss beenden.
- (6) Die ASV-Servicestelle 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-Servicestelle und der Teamleitung als Ansprechpartner und Vertreter des interdisziplinären Teams soll elektronisch durchgeführt werden.
- (9) Die Meldung an das ASV-Verzeichnis über die ASV-Servicestelle 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 7 bis 10 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 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.
- (3) Das Nähere zu den technischen Vorgaben für die Praxisverwaltungssystemhersteller für die Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ASV-Berechtigten bei Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V regelt die KBV. Die KBV stellt der DKG und dem GKV-Spitzenverband zeitgleich mit der Veröffentlichung für die Praxisverwaltungssystemhersteller Informationen über diesbezügliche Änderungen zu den technischen Vorgaben zur Verfügung. Die Vertragspartner werden die Regelung nach Satz 2 nach einer Frist von 2 Jahren prüfen und ggf. anpassen.

§ 7

Abrechnung der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser

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.

§ 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 Berichterstattung 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, 2a und 2b 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-Servicestelle abfragen, die in diesem Fall auskunftspflichtig ist. Dem Krankenhaus dürfen nur die Kosten für den Versand der Vordrucke in Rechnung gestellt werden. Über die Bezugswege informiert die DKG in Abstimmung mit den Vertragspartnern.

§ 10

Inkrafttreten und Sonderregelungen

- (1) Dieser Vertrag tritt mit dem Datum der Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Inanspruchnahme von Leistungen ab dem 2. Quartal 2014.
- (2) Die Anlagen zu dieser Vereinbarung sind Bestandteil der Vereinbarung; sie können auch unabhängig von der Vereinbarung einvernehmlich angepasst werden, sofern nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
- (3) Die Anlage 2a wird zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV, die Anlage 2b wird zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG vereinbart.
- (4) Die Anlagen 2a und 2b werden von den jeweils zuständigen Vertragspartnern nach Abs. 3 bilateral fortgeschrieben und dem jeweils dritten Vertragspartner zur Kenntnis übermittelt. Sofern Änderungen der Technischen Anlagen 2a und 2b aus einer Anpassung der nach § 2 zu übermittelnden Angaben resultieren, ist ein einheitliches Datum für die Datenübermittlung festzulegen.

§ 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 nahe-kommende wirksame Regelung zu treffen.

Protokollnotizen:

(1) zu § 2:

Die übermittelten Angaben gemäß § 2 Nr. 30 sind nicht Gegenstand der Prüfung der Abrechnung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 10 SGB V. In den Technischen Anlagen 2a und 2b zur ASV-AV sind Regelungen zu treffen, die eine verpflichtende Übertragung der Angaben gemäß § 2 Nr. 30 vorsehen. Die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben gemäß § 2 Nr. 30 obliegt dem ASV-Berechtigten. Die Qualität der übermittelten Angaben muss geeignet sein, die vom Ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 11. Sitzung vom 13.09.2016 beschlossene Evaluation durchzuführen.

(2) zu § 9:

- a) Über Änderungen der Vordrucke und Vordruckerläuterungen wird die DKG zeitnah informiert.
- b) Die Vertragspartner werden bis zum 31.12.2018 die Verwendung der Vordrucke gemäß der Anlagen 2, 2a und 2b BMV-Ä im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung prüfen.

(3) Die gemäß § 2 Nr. 17 zu übermittelnden Diagnosen sind für alle Arztgruppen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Von Satz 1 abweichend ist die Angabe des Diagnoseersatzwertes „UUU“ für Abrechnungsfälle von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die Auftragsleistungen erbringen, für deren Durchführung nicht unbedingt und primär die Kenntnis oder Stellung einer Diagnose erforderlich ist, bis einschließlich dem 4. Quartal 2017 zulässig.