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 26.01.2026, in Kraft getreten am 01.01.2026

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 Preis nach der anzuwendenden regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V sowie die abgerechneten Leistungen mit ihrem Preis in Euro, jeweils mit den Informationen
    - Behandlungstag
    - Anzahl
    - Abrechnungsbegründungen gemäß EBM
    - Uhrzeiten, soweit dies in den Bestimmungen des EBM beschrieben und für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich ist
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[1]

[1] Die Datenlieferung endet am 31.12.2019

§ 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 Rechnungskorrekturen, 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.

(6a) [1]Unterliegt eine einzelne Gebührenordnungsposition oder eine Gruppe von mehreren Gebührenordnungspositionen gemäß den Vorgaben des EBM einem Höchstwert, finden diese Vorgaben entsprechend in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung Anwendung. [2]Für bestimmte Sachverhalte sind spätestens für die Abrechnungen ab dem 3. Abrechnungsquartal 2022 im Fall der Überschreitung des Höchstwertes Pseudoziffern (Höchstwertziffern) anstelle der dem Höchstwert unterliegenden Gebührenordnungsposition bzw. Gebührenordnungspositionen in der Abrechnung zu berücksichtigen. [3]Diese Höchstwertziffern sind mit den im EBM abgebildeten Höchstpunktzahlen mit Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung des KV-Bezirks, in dem der Vertragsarzt zugelassen ist bzw. in dem das Krankenhaus seinen Standort hat, zu vergüten. [4]Der ergänzte Bewertungsausschuss erstellt,

aktualisiert und veröffentlicht eine Übersicht zu den Höchstwertziffern indikations- und arztgruppenunabhängig. [5]Das Nähere regelt der ergänzte Bewertungsausschuss.

(7) [1]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. [2]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. [3]Die Krankenkassen informieren die ASV-Berechtigten bzw. die beauftragten Kassenärztlichen Vereinigungen über die von Kürzungen nach Satz 1 betroffenen Gebührenordnungspositionen. [4]Näheres regeln die Anlagen 2a bzw. 2b; bis zur technischen Umsetzung kann die Information nach Satz 3 auch schriftlich erfolgen. [5]Das bestehende Fehlerverfahren gemäß den Anlagen 2a und 2b bleibt von Satz 3 unberührt. [6]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. [7]Die Schlusszahlung nach Satz 6 wird innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende der Lieferfrist gemäß Absatz 5 Satz 2 fällig. [8]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.

(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.

(9) Wird eine Zahlungsfrist nach Absatz 7 überschritten, sind nach Zahlungsfristablauf Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

(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.

§ 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 Landesauschuss erfolgen. Der Zeitpunkt der Anzeige beim zuständigen erweiterten Landesauschuss 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-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. 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-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-Servicestelle 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-Servicestelle Änderungen der Zusammensetzung des Teams, Vertretungsregelungen, den Entzug der Berechtigung oder das Ausscheiden des Teams unverzüglich nach Eintritt der Meldeverpflichtung 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.

(4) Die Zahlung der Krankenkasse erfolgt unter Angabe der jeweiligen Rechnungsnummer. Schließt die Zahlung der Krankenkasse Beträge für mehr als eine Rechnung ein (Sammelzahlung), sind die in der Sammelzahlung zusammengefassten Einzelbeträge mit jeweiliger Rechnungsnummer in maschinell verarbeitbarer Form und in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Zahlung gegenüber dem Zahlungsempfänger zu dokumentieren.

§ 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 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, 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 an der 29. und 30. Stelle in der Zeile 6 des Personalienfeldes die Ziffern „01“ bzw. bei Ersatzverordnungen nach § 29 Abs. 9 BMV-Ä die Ziffern „11“ ein. Bei digitalen Vordrucken im FHIR-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 2 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „Kennzeichen Rechtsgrundlage“ mit dem Wert „01“, bei Ersatzverordnungen mit dem Wert „11“ zu befüllen. Bei digitalen Vordrucken im PDF/A-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 1 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „0000_Druckposition29“ mit dem Wert „0“ sowie das Datenfeld „0000_weitere_Kennzeichen“ mit dem Wert „1“ zu befüllen.

(4) Die ASV-Berechtigten nach § 1 tragen die Teamnummer nach § 4 in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ auf die Vordrucke auf. Bei digitalen Vordrucken im FHIR-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 2 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „ASV-Teamnummer“ mit der Teamnummer gemäß § 4 zu

befüllen. Des Weiteren muss eines der Datenfelder des Blockes „Identifikator der Einrichtung“ entsprechend den Vorgaben befüllt werden. Bei digitalen Vordrucken im PDF/A-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 1 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „0000_Betriebsstaettennummer“ mit der Teamnummer gemäß § 4 zu befüllen.

(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 diese 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 „222222222“ (9 x 2) eingedruckt ist. Bei digitalen Vordrucken im FHIR-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 2 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „Arztnummer der ausstellenden / verschreibenden Person“ mit der jeweiligen Arztnummer nach Satz 1 zu befüllen. Krankenhausärzte tragen im Datenfeld „ASV-Fachgruppennummer der ausstellenden / verschreibenden Person“ ihre Fachgruppennummer gemäß Anlage 3 ein. Bei digitalen Vordrucken im PDF/A-Standard gemäß § 2 Abs. 3 Nr. 1 der Anlage 2b BMV-Ä ist das Datenfeld „0000_LebenslangeArztnummer“ mit der jeweiligen Arztnummer nach Satz 1 zu befüllen. Krankenhausärzte tragen im Datenfeld „0000_LebenslangeArztnummer“ ihre Fachgruppennummer gemäß Anlage 3 ein.

(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 dem Muster 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. Gleiches gilt für den Ausdruck des mittels Stylesheet erzeugten Formulars für den Arbeitgeber zum Vordruck e01.

(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.

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 nahekommende 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:
Über Änderungen der Vordrucke und Vordruckerläuterungen wird die DKG zeitnah informiert.

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)

zuletzt geändert mit Vereinbarung vom 22.06.2026, in Kraft getreten am 21.05.2026

Für Krankenhausärzte und Vertragsärzte werden folgende Kennziffern für die Zusatz-Weiterbildungen gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer geführt. Diese sind der ASV-Servicestelle 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]
075	Hämostaseologie	2C0100
076	Infektiologie	2A0100
090	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	2B0100 1F0100 2P0100
091	Kinder-Gastroenterologie	1B0101 1J0100 2A0100 2B0100 2C0100 2D0100 2E0100 2H0100 2L0100 2O0100 2M0100 2P0100
093	Kinder-Orthopädie	2D0100 2P0100
092	Kinder-Nephrologie	1B0101 2H0100 2M0100 2P0100

[1] Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel nach Anlage 4 ASV-AV

Code	Zusatz-Weiterbildung	Verwendung[1]
094	Kinder-Pneumologie	1B0101 2A0100 2B0100 2D0100 2E0100 2K0100 2L0100 2P0100
095	Kinder-Rheumatologie	1B0101 1J0100 2D0100 2E0100 2L0100 2P0100
112	Medikamentöse Tumortherapie	1A0200 1A0201 1A0202
113	Orthopädische Rheumatologie	1B0100 1B0101
114	Palliativmedizin	1A0100 1A0200 1A0201 1A0202 1A0300 1A0400 1A0500 1A0600 1A0700 1A0800 1A0900 1A1000
165	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2B0100 1F0100 2P0100
166	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	1B0101 1J0100 2A0100 2B0100 2C0100 2D0100 2E0100 2H0100 2L0100 2O0100 2M0100 2P0100

Code	Zusatz-Weiterbildung	Verwendung[1]
167	Kinder- und Jugend-Nephrologie	1B0101 2H0100 2M0100 2P0100
168	Kinder- und Jugend-Orthopädie	2D0100 2P0100
169	Kinder- und Jugend-Pneumologie	1B0101 2A0100 2B0100 2D0100 2E0100 2K0100 2L0100 2P0100
170	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	1B0101 1J0100 2D0100 2E0100 2L0100 2P0100
900	Bis zum 31.12.2015 erteilte Zulassung und Genehmigung seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) mit dem Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie	1A0100 1A0200 1A0201 1A0202 1A0300 1A0400 1A0500 1A0600 1A0700 1A0800 1A0900 1A1000
901	Bis zum 31.12.2015 erteilte Zulassung und Genehmigung seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung für die Erbringung gastroenterologischer Leistungen	1A0100 1J0100
902	Weiterbildungsermächtigung/-befugnis für die Rheumatologie	1B0100

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)

zuletzt geändert mit Vereinbarung vom 22.06.2026, in Kraft getreten am 21.05.2026

Der Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel nach § 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V ist in der Abrechnung gemäß § 2 Nr. 15 und im ASV-Verzeichnis zu verwenden.

Dieser Schlüssel ist wie folgt strukturiert:

Erkrankungs- und Leistungsbereich	Schlüssel	Inkrafttreten
1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen	1[A-B, J]0100ff	
a) Onkologische Erkrankungen		
1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014
2: Gynäkologische Tumoren • Gynäkologische Tumoren ohne Subspezialisierung • Subspezialisierung Mammakarzinom • Subspezialisierung andere gynäkologische Tumoren	 1A0200 1A0201 1A0202	 10.08.2016 10.08.2016 10.08.2016
3: Urologische Tumoren	1A0300	26.04.2018
4: Hauttumoren	1A0400	11.05.2019
5: Tumoren der Lunge und des Thorax	1A0500	07.04.2020
6. Kopf- und Halstumoren	1A0600	06.05.2021
7. Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	1A0700	27.04.2022
8. Knochen- und Weichteiltumoren	1A0800	03.05.2023
9. Tumoren des Auges	1A0900	08.05.2024
10. Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	1A1000	26.06.2025
b) Rheumatologische Erkrankungen ▪ Erwachsene ▪ Kinder	 1B0100 1B0101	 19.04.2018 19.04.2018
c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	1J0100	30.04.2022

Erkrankungs- und Leistungsbereich	Schlüssel	Inkrafttreten
1.2 Schwere Verlaufsformen mit besonderen Krankheitsverläufen	1[C-I]0100ff	
a) Multiple Sklerose	1E0100	18.07.2023
b) Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	1F0100	08.05.2024
2. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen	2[A-Z]0100ff	
a) Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014
b) Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017
c) Hämophilie	2C0100	04.07.2019
d) Neuromuskuläre Erkrankungen	2D0100	06.05.2021
e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	2E0100	07.04.2020
h) Morbus Wilson	2H0100	12.06.2018
k) Marfan-Syndrom	2K0100	30.06.2015
l) pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016
m) Kurzdarmsyndrom	2M0100	28.05.2026
n) Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	2N0100	26.06.2025
o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	2O0100	16.08.2018
p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	2P0100	21.05.2026
3. Hochspezialisierte Leistungen	3[A-B]0100ff	

Anlage 5 Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern

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)

zuletzt geändert mit Vereinbarung vom 22.06.2026,in Kraft getreten am 28.05.2026

Präambel

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 weiteren spezifischen Leistungen nach Nummer 2 der Anlagen zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V sowie zur Kennzeichnung spezifischer Sachverhalte.

§ 1 Grundsätze

Für die weiteren spezifischen Leistungen nach Nummer 2 der jeweiligen Anlage , welche noch nicht im EBM abgebildet sind, gelten folgende Regelungen:

(1) Die Vertragspartner vereinbaren zeitnah nach Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der ASV-Richtlinie mit Festlegung des Behandlungsumfanges unter Nummer 2 der jeweiligen Anlage bundeseinheitliche Pseudoziffern für die weiteren spezifischen Leistungen.

(2) Für die weiteren spezifischen Leistungen nach Nummer 2 der jeweiligen Anlage, die der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte, Kostenpauschalen 86510 bis 86520) entsprechen, sind keine zusätzlichen Pseudoziffern zu vereinbaren.

(3) Für die vereinbarten bundeseinheitlichen Pseudoziffern gelten die Leistungsbeschreibungen der unter Nummer 2 der jeweiligen Anlage aufgeführten weiteren spezifischen Leistungen. Die bundeseinheitlichen Pseudoziffern werden in § 2 (Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern) unter Angabe des Gültigkeitszeitraums aufgeführt.

(4) Werden als weitere spezifische Leistungen nach Nummer 2 in verschiedenen Anlagen jeweils gleiche Leistungen beschrieben, ist hierfür lediglich eine bundeseinheitliche Pseudoziffer zu vereinbaren.

(5) Die für die weiteren spezifischen Leistungen nach Nummer 2 der jeweiligen Anlage angesetzten Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind in der Abrechnung anzugeben.

(6) Die Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ sind in der Abrechnung mit der zutreffenden Pseudoziffer gemäß § 2 zu kennzeichnen.

(7) Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der jeweiligen weiteren spezifischen Leistungen nach Nummer 2 der betreffenden Anlage in den EBM sind die entsprechenden Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ nicht mehr abrechnungsfähig.

(8) 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, zuletzt geändert durch Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 119. Sitzung am 1. Juni 2025.

§ 2 Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern zur Abrechnung und zum Nachweis weiterer spezifischer Leistungen nach Nummer 2 der Anlagen zur ASV-Richtlinie

Pseudo-ziffer	Bezeichnung der Leistung	Erkran-kungs- und Leistungs-bereich	Gültig von[1]	Gültig bis
88500	**PET; PET/CT**	1A0100 1A0200 1A0202 1B0100 1A0300 1A0400 1A0500 2E0100 1A0600 2D0100 1A0700 1A0800 1A0900 1A1000 2N0100	26.07.2014 10.08.2016 10.08.2016 19.04.2018 26.04.2018 11.05.2019 07.04.2020 07.04.2020 06.05.2021 06.05.2021 27.04.2022 03.05.2023 08.05.2024 26.06.2025 26.06.2025	
88506	Spezifische Untersuchung mit **Genexpressionsanalyse**	1A0200 1A0201	10.08.2016 10.08.2016	
88513	**Transiente Elastographie** bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich	2H0100 2O0100	12.06.2018 16.08.2018	
88517	**Intrathekale Therapie** bei spinaler Muskelatrophie	2D0100	06.05.2021	

[1] Falls der Eintrag leer ist, ist die Gültigkeit über das Inkrafttreten der erkrankungsspezifischen Anlagen zur ASV-RL gegeben.

Pseudo-ziffer	Bezeichnung der Leistung	Erkran-kungs- und Leistungs-bereich	Gültig von[1]	Gültig bis
88518	Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären **CED-Fallkonferenz**	1J0100	30.04.2022	30.09.2022[2]
88519	**Kapselendoskopie Dünndarm**	1J0100	30.04.2022	
88520	**Intestinoskopie** (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)	1J0100 2M0100	30.04.2022 28.05.2026	
88521	**Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE)** bei Durchführung der Überwachungskoloskopie	1J0100	30.04.2022	31.12.2023[3]
88522	**Pouchoskopie**	1J0100	30.04.2022	
88523	**MRT-Untersuchung der Mamma**	1A0200 1A0201 1A0202	11.08.2022 11.08.2022 11.08.2022	 18.09.2023
88524	**Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit Rheumatoider Arthritis**	1B0100	19.09.2023	
88525	**Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)**	1A0900	08.05.2024	30.06.2025[4]
88526	**Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts**	1A0900	08.05.2024	
88527	**Intensivierte Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen analog der intensivierten Nachbetreuung nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen im EBM**	2N0100	26.06.2025	
88528	**Schweißtest im Erwachsenenalter aufgrund einer unklaren chronisch sinopulmonalen Erkrankung, einer rezidivierenden oder chronischen Pankreatitis (nicht-biliär, nicht-alkoholisch), einer primär sklerosierenden Cholangitis, aquagenen Palmoplantarkeratose**	2B0100	29.11.2025	

[2] Ab dem 01.10.2022 GOP 50600 EBM
[3] Ab dem 01.01.2024 GOP 50601 EBM
[4] Ab dem 01.07.2025 GOP 50200 und 50201 EBM

Pseudo-ziffer	Bezeichnung der Leistung	Erkran-kungs- und Leistungs-bereich	Gültig von[1]	Gültig bis
	und/oder einer obstruktiven Azoospermie und bei Verdacht auf Mukoviszidose			
88529A	**Schweißtest einmalig vor der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie, sofern der letzte Schweißtest vor mehr als einem Jahr durchgeführt wurde**	2B0100	29.11.2025	
88529B	**Schweißtest einmalig nach der Einleitung einer CFTR-Modulator-Therapie als ergänzendes Instrument zur Beurteilung der Therapieeffektivität**	2B0100	29.11.2025	

§ 3 Verzeichnis der bundeseinheitlichen Pseudoziffern zur Kennzeichnung spezifischer Sachverhalte

Pseudo-ziffer	Bezeichnung der Leistung	Gültig von	Gültig bis
88220	Kennzeichnung der Abrechnungsfälle, für die aus-schließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden haben (Die in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im 4. Absatz unter Nr. 1 EBM festgelegten Abschlagshöhen sind bei der Abrechnung der Grund- und Konsiliarpauschalen zu berücksichtigen. Ergänzend beträgt für Transfusionsmediziner mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie die Höhe des Abschlags 25%)[5]	24.07.2020	

[5] Gilt nicht für die Kennzeichnung von ASV Abrechnungsfällen im Krankenhaus; die Abbildung erfolgt dort über ein entsprechendes „LEI"-Segment (siehe § 301-Vereinbarung)