

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 17. September 2020 unter <https://institut-ba.de>] bedurfte in Teil B in den lfd. Nrn. 1, 6 und 8 einer klarstellenden Anpassung. Es wird konkretisiert, dass die per Gesetz extrabudgetären Zuschläge auf strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle nach den Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230 EBM nicht in die MGV überführt wurden und weiterhin der EGV zugerechnet werden. Mit Erratum vom 9. Oktober 2020 wurde dies berichtigt.

Des Weiteren bedurfte der Beschluss in Teil B in der lfd. Nr. 7 einer klarstellenden Anpassung. Es hat keine Anteilsbestimmung, sondern eine Anhebung bzw. Absenkung um die angegebenen Prozentsätze zu erfolgen. Mit Erratum vom 15. März 2022 wurde dies berichtigt.

Des Weiteren bedurfte der Beschluss in Teil B in der lfd. Nr. 7 einer klarstellenden Anpassung. Mit Erratum vom 15. März 2022 wurde die Anteilsbestimmung durch eine Anhebung bzw. Absenkung des Punktzahlvolumens ersetzt. Diese Anpassung führt zu einer nicht beabsichtigten Basiswirksamkeit. Es wird konkretisiert, dass eine Anteilsbestimmung über die KV-spezifischen Prozentsätze zu erfolgen hat. Mit Erratum vom 22. März 2022 wurde dies berichtigt.

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

TEIL A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01951 und 01952 in die Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM
2. Änderung der Nr. 4 der Präambel 25.1 EBM
4. ~~Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.~~ Das Zielvolumen ist bei benignen und malignen Erkrankungen definiert als das Volumen, in dem ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis) unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis erreicht werden soll. Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Zielvolumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche klinische Zielvolumina festgelegt. Zielvolumina sind z. B. Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion, Metastasen oder regionale Lymphabflusswege. Ein Zielvolumen kann auch ein Teilvolumen innerhalb eines größeren Volumens sein (simultan integrierter Boost). Primärtumor bzw. Primärtumorregion und Lymphabflusswege stellen grundsätzlich zwei Zielvolumina dar. Eine Bestrahlungssitzung umfasst eine oder mehrere Bestrahlungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang (kleiner sechs Stunden) durchgeführt werden. Eine Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder mehrerer onkologisch zusammenhängender Zielvolumina.
3. Änderung der Nr. 6 der Präambel 25.1 EBM

6. Die Gebührenordnungspositionen **25316 25320 und 25321 sind** ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von ~~1,5~~ **0,5 Gy** im Zielvolumen. **Die Gebührenordnungsposition 25321 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen.** Muss diese Dosis bei der **Gebührenordnungsposition 25316 oder 25321** im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.

4. Änderung der Nr. 7 der Präambel 25.1 EBM

7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können **grundsätzlich je pro** Zielvolumen ~~einmal im Behandlungsfall und je Bestrahlungsserie~~ berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, ~~von Telegamma auf Beschleunigertechnik,~~ von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumolvolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.

5. Aufnahme einer Nr. 12 der Präambel 25.1 EBM

12. Die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen entstehenden Sachkosten sind mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 40580 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten Gebührenordnungspositionen.

6. Änderung der Gebührenordnungsposition 25210 im Abschnitt 25.2 EBM

- 25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - ~~Überprüfung der vorliegenden~~ **Indikation,**
 - **Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,**
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,

- ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
- Patientenaufklärung,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

286 322 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

7. Änderung der Gebührenordnungsposition 25211 im Abschnitt 25.2 EBM

- 25211 **Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- ~~Überprüfung der vorliegenden Indikation~~
- Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
- Patientenaufklärung,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

624 1041 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den

*Gebührenordnungspositionen 01600 bis
01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.*

8. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 25213 im Abschnitt 25.2 EBM

25213 Zuschlag zur ~~den~~ **den**
Gebührenordnungspositionen ~~25210~~ **oder**
25211 bei Neugeborenen, Säuglingen,
Kleinkindern und Kindern,

9. Aufnahme eines vierten, fünften und sechsten Spiegelstriches in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 25214 im Abschnitt 25.2 EBM

- Ärztlicher Bericht entsprechend der
Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der
Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

10. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25316 bis 25318 in den Abschnitt 25.3.2 EBM

25316	Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen <i>Obligatorer Leistungsinhalt</i> - Bestrahlung mit Linearbeschleuniger, - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung, für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung	405 Punkte
25317	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung	230 Punkte
25318	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT), je Bestrahlungsserie	316 Punkte

11. Streichung der Gebührenordnungsposition 25320 im Abschnitt 25.3.2 EBM

12. Änderung der Gebührenordnungsposition 25321 im Abschnitt 25.3.2 EBM

25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems,

Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern,
- Bestrahlung in 3-D-Technik,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,

je Fraktion für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

355 811 Punkte

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.

*Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Kodes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im Folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildung der Meningen, D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildung: Hypophyse, **D35.3 Gutartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis**, D35.4 Gutartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Hypophyse, **D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ductus craniopharyngealis**, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: ~~der~~ Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], ~~D44.7 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Glomus aroticum und sonstige Paraganglien, G20.-~~*

**Primäres Parkinson-Syndrom und G50.0
Trigeminusneuralgie.**

**13. Streichung der Gebührenordnungspositionen 25322 und 25323 im
Abschnitt 25.3.2 EBM**

**14. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25324
bis 25329 in den Abschnitt 25.3.2 EBM**

- | | | |
|-------|--|------------|
| 25324 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen,
je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung | 287 Punkte |
| 25325 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik
<i>Obligater Leistungsinhalt</i>
- Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT)
und/oder
- Anwendung von fraktionierter Stereotaxie,
je Bestrahlungssitzung
<i>Die Gebührenordnungsposition 25325 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25326 und 25327 berechnungsfähig.</i> | 278 Punkte |
| 25326 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),
je Bestrahlungssitzung
<i>Die Gebührenordnungsposition 25326 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25327 berechnungsfähig.</i> | 524 Punkte |
| 25327 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit bildgestützter Einstellung (IGRT) | |

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) in Kombination mit IGRT

und/oder

- Anwendung von fraktionierter Stereotaxie in Kombination mit IGRT,

je Bestrahlungssitzung

746 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25327 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25326 berechnungsfähig.

- 25328 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy,

je Bestrahlungssitzung

577 Punkte

- 25329 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,

je Bestrahlungssitzung

313 Punkte

15. Streichung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25340 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

16. Änderung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25341 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

17. Änderung der Gebührenordnungsposition 25342 im Abschnitt 25.3.4 EBM

25342 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung

Obligater Leistungsinhalt

~~— Simulation(en)~~

- **Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,**
- **Physikalische Bestrahlungsplanung,**
- **Autorisierung des Bestrahlungsplans**

Fakultativer Leistungsinhalt

- **Simulation(en)**

2497 4744 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25342 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT nach der Gebührenordnungsposition 34360 oder 34460 voraus.

Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.

18. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 25343 in den Abschnitt 25.3.4 EBM

25343 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie),

je Bestrahlungsserie

7649 Punkte

19. Streichung des Abschnitts 40.15 EBM

20. Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 EBM

Gebührenordnungs- position des EBM	Bewertung bis 31.12.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2021 in Punkten
25213	90	1542
25214	90	257
25310	126	92
25330	410	1347
25331	1171	7077
25332	780	4255
25333	1171	7077
25340	373	238
25341	1678	3463

21. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulati onszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	KA-25	27-20	Nur Quartalsprofil
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	KA-81	57-65	Nur Quartalsprofil
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA-120	40-96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA-20	9-16	Nur Quartalsprofil
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA-0	-/0	Keine Eignung Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25318*	Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	4	3	Tages- und Quartalsprofil
25320*	Bestrahlung Telekobaltgerät (gut- /bösartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	KA	-/	Keine Eignung

25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	KA-1	1	Tages- und Quartalsprofil Keine Eignung
25322*	Zuschlag Bestrahlungsfelder	KA	1	Keine Eignung
25323*	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	KA	1	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25325*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
25326*	Zuschlag IGRT bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25327*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	10	8	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	KA-18	3-14	Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	KA-148	6-118	Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	KA-89	2-71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie	KA-148	6-118	Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA-2	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA-44	10-35	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA-68	18-54	Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	120	96	Tages- und Quartalsprofil

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, bis zum 31. März 2021 ein Evaluationskonzept zu entwickeln, um die Auswirkungen im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 darzustellen. Das Evaluationskonzept soll insbesondere

- a. die Entwicklung der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) der einzelnen Leistungen und

- b. die Entwicklung des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) und der Honorare der Arztgruppe Strahlentherapie (differenziert nach KV-Bezirken und getrennt nach MGV und EGV)

sowie die Überprüfung der im Rahmen der Simulation getroffenen Annahmen berücksichtigen. Es soll auch geprüft werden, inwieweit mögliche Änderungen der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) auf die Neudefinition des Zielvolumens zurückzuführen sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Ausgabenneutralität und die Punktsommenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses beginnend ab dem 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 zu evaluieren. Der Bewertungsausschuss wird, sofern die Ausgabenneutralität bzw. Punktsommenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses nicht gegeben ist, auf Basis der Ergebnisse dieser Evaluation einen Beschluss zu erforderlichen Anpassungen fassen.

TEIL B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Januar 2021 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

I. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2021

1. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) des EBM erfolgt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 1/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	46.581.152 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	30.183.431 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	14.532.516 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	180.250.842 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	248.176.370 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	210.706.758 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	109.534.933 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	87.464.801 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	241.792.499 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	277.882.570 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.814.705 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.683.072 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	30.333.784 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	53.754.321 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	60.424.368 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	51.858.585 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	69.200.943 Punkten

3. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 2/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	45.070.842 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	33.330.940 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	15.885.127 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	183.977.031 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	236.298.575 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	206.773.026 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	106.360.631 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	84.995.986 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	235.030.483 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	276.397.431 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	82.529.752 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.856.246 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	31.372.715 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	52.013.184 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	55.460.718 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	50.193.825 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	72.359.000 Punkten

4. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des

Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 3/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	45.435.892 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	35.645.542 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	14.427.801 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	191.963.444 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	253.102.854 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	225.331.785 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	112.985.415 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	87.277.571 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	251.174.131 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	288.258.550 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.716.777 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	18.504.674 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	34.602.753 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	54.652.459 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	61.347.465 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	54.828.324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	72.422.832 Punkten

5. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 4/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	40.327.232 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	33.168.141 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	15.546.357 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	178.384.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	234.767.800 Punkten

- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	200.692.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	104.036.992 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	89.958.128 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	235.778.959 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	279.050.162 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	83.262.018 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	17.396.632 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	30.181.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	51.318.267 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	56.943.181 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	49.761.108 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	66.334.530 Punkten

6. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen in den Nrn. 2 bis 5 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019.

II. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2022

7. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen werden diese in den jeweiligen KV-Bezirken für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 basiswirksam jeweils um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 8 entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl erhöht bzw. abgesenkt:

Die Punktzahlen des entsprechenden Quartals gemäß Nrn. 2 bis 5 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus den vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate abgesenkt und mit den folgenden KV-spezifischen Prozentsätzen multipliziert:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	-0,7543%
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	5,7528%
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	4,8812%
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	4,8490%
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3,6471%
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	0,8547%
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	5,7631%
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	3,7593%
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	3,6207%
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	2,2097%
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	3,0745%
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	-5,6184%
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,8394%
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	-1,5902%
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	0,9091%
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	-0,1440%
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	3,9471%

8. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen gemäß Nr. 7 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

III. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2023

9. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 des EBM erfolgt ab dem 1. Januar 2023 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
10. Am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2023 basiswirksam um die Punktzahl reduziert, die sich aus der Summe der Größen a) und b) wie folgt ergibt:
- a) die jeweiligen Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 sind um die für die Jahre 2021 und 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im

Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2021 zu dividieren

- b) die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 ergeben, sind um die für das Jahr 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen.