Lesefassung des

B E S C H L U S S E S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023,

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V (Rahmenbeschluss)

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 1/2023

Präambel

Der vorliegende Beschluss legt in Vorbereitung der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V (im Folgenden **ASV-Bereinigung**) die Rahmen- und Verfahrensvorgaben für die entsprechenden Beschlüsse insbesondere

1. zur Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner in Nr. 4 sowie

2. zu den notwendigen Datenlieferungen in Nr. 5

fest. Der unter Ziffer 1 genannte Beschluss orientiert sich in seiner Struktur am Aufbau der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) mit einer Untergliederung in

a) einen Teil mit allgemeinen Vorgaben, die indikationsübergreifend grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten Umsetzungen gelten, sowie

b) Anlagen mit Festlegungen, die sich spezifisch auf die einzelnen ASV-Indikationen der entsprechenden Anlagen der ASV-RL (Konkretisierungen) beziehen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

1. Befristung bestehender Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V wird befristet bis zum Bereinigungsquartal 4/2017.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 338. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Übermittlung der Anzahl der Patienten mit Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 116b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung (im Folgenden § 116b SGB V (alt)) zur Umsetzung des Verfahrens zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 399. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird befristet bis zum Lieferquartal 1/2018.

Die bisherigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die Indikationen Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, gastrointestinale Tumoren, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie, Mukoviszidose und gynäkologische Tumoren werden befristet bis einschließlich zum Bereinigungsquartal 4/2017.

Die Regelungen des vorliegenden Beschlusses gelten ab dem Bereinigungsquartal 1/2018 bzw. ab dem korrespondierenden Lieferquartal 2/2018.

2. Verfahrensvorgaben auf Bundesebene

Zur Vorbereitung der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zu den Vorgaben zur Umsetzung der ASV-Bereinigung wird Folgendes festgelegt:

2.1 Zeitliche Vorgaben und Berechnungsvorgaben durch die Arbeitsgruppe ASV-Bereinigungsberechnungen

Die AG ASV-Bereinigungsberechnungen erstellt jeweils spätestens zwölf Wochen nach Inkrafttreten einer neuen Konkretisierung der ASV-RL indikationsspe-

zifische Vorgaben für die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses. Dabei werden die Vorgaben des G-BA aus der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL operationalisiert.

Das Institut des Bewertungsausschusses ermittelt nach Maßgabe von Satz 1 und Nr. 2.4 jeweils innerhalb von vier Wochen, nachdem die AG ASV-Bereinigungsberechnungen die Vorgaben gemäß Satz 1 vollständig erstellt und das Institut des Bewertungsausschusses entsprechend beauftragt hat, die durchschnittliche indikations- und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Quartalspatient in Punkten (im Folgenden **ASV-Leistungsmenge**) sowie die quartalsdurchschnittliche Anzahl vertragsärztlich indikationsspezifisch behandelter Patienten im jeweiligen KV-Bezirk.

Der Bewertungsausschuss beschließt jeweils innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der Berechnungsergebnisse gemäß Nr. 2.4 i. V. m. Nr. 2.6 unter Abwägung der Plausibilität der ggf. getroffenen einzelnen Annahmen die KV-spezifischen **ASV-Fallwerte in Punkten** und den verbindlich zu verwendenden KV-spezifischen **Patientenzahl-Höchstwert**.

2.2 Datengrundlage sowie Definition und Identifikation eines Quartalspatienten

Bei den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses nach Nr. 2.4 auf Basis der jeweils aktuellen Version der Daten der bundesweiten Versichertenstichprobe, die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 336. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, sowie in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen erhoben und unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen qualitätsgesichert abgenommen wurde (Geburtstagsstichprobe), wird ein **Quartalspatient** definiert als

- Versicherter in einem Quartal,
  a) für den die von der AG ASV-Bereinigungsberechnungen vorgegebene Operationalisierung der jeweiligen ambulant spezialfachärztlich behandelbaren Erkrankung vorlag und
  b) für den in mindestens einem vertragsärztlichen Behandlungsfall des jeweiligen Quartals eine indikationsspezifische Versorgung gemäß der

vom G-BA getroffenen Spezifikation des ASV-Behandlungsumfangs erfolgte.

Zur Validierung des Vorliegens einer indikationsspezifischen Versorgung in den historischen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten können weitere Kriterien herangezogen werden.

2.3 Zu berücksichtigende Gebührenordnungspositionen

Die ASV-Leistungsmenge wird auf Basis sämtlicher Gebührenordnungspositionen (GOPen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. abgeleiteter Ziffern, Höchstwertziffern und Pseudoziffern entsprechend dem vom G-BA beschlossenen indikationsspezifischen Appendix (Appendix-GOPen) ermittelt, sofern diese im jeweiligen KV-Bezirk der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzuordnen sind. In Euro bewertete Appendix-GOPen werden mit dem zum Zeitpunkt der Berechnung gültigen Orientierungswert in Punkte umgerechnet.

2.4 Festlegungen für die Berechnungen durch das Institut

Die Vorbereitung, Abstimmung und Freigabe der indikationsspezifischen Vorgaben erfolgt in der AG ASV-Bereinigungsberechnungen. Dies gilt auch für den Fall, dass diese indikationsspezifischen Vorgaben zu einem späteren Zeitpunkt gemäß Nr. 2.8 angepasst werden sollen.

Die indikationsspezifischen Vorgaben werden in der AG ASV-Bereinigungsberechnungen in Tabellen im Excel-Format festgehalten. Das Institut des Bewertungsausschusses erstellt auf Grundlage dieser in der AG ASV-Bereinigungsberechnungen abgestimmten Tabellen maschinell verarbeitbare Dateien im csv-Format. Die Struktur dieser Dateien im csv-Format ergibt sich aus dem technischen Anhang 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, für die ASV-Bereinigung durch die regionalen Gesamtvertragspartner. Die Dateien im csv-Format wie auch die Lesefassungen im Excel-Format werden nach Prüfung und Freigabe durch die Träger des Bewertungsausschusses auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (http://institut-ba.de/service/asvbereinigung/berechnungsgrundlagen.html) veröffentlicht. Die Veröffentlichung erfolgt grundsätzlich parallel mit Inkrafttreten des Beschlusses der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in dessen 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, zu Vorgaben für die Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner bzw. entsprechender Änderungs- oder Folgebeschlüsse.

Sofern indikationsspezifisch notwendig, werden durch die AG ASV-Bereinigungsberechnungen insbesondere Vorgaben gemacht

a. **zur Identifikation der potentiellen ASV-Patienten, bestimmt als Quartalspatienten mit einer ASV-indikationsspezifischen Versorgung** auf Basis der historischen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der jeweils aktuellen Version der Geburtstagsstichprobe und von Kriterien zur Validierung des Vorliegens einer indikationsspezifischen Versorgung bei diesen Patienten, die sich neben dem aktuell vorliegenden Jahr der Datengrundlage zusätzlich auch auf dessen Vorjahre beziehen können. Es werden neben gesicherten Diagnosen auch Verdachtsdiagnosen berücksichtigt, wenn diese gemäß der betreffenden Anlage der ASV-RL einer ASV zugeordnet werden können. Für die Identifikation der Quartalspatienten sind indikationsspezifisch neben Diagnoseschlüsseln ggf. weitere zu berücksichtigende Merkmale festzulegen;

b. **zu den anzuwendenden Abgrenzungskriterien und Operationalisierungen** bei der Ermittlung der Anzahl der quartalsweise vertragsärztlich indikationsspezifisch behandelten Patienten, insbesondere hinsichtlich deren KV-Zuordnung, der Gebührenordnungspositionen und der Umsetzung der im Appendix des G-BA aufgeführten Arztgruppen in der verfügbaren Datengrundlage unter Berücksichtigung der selektiven Arztgruppenspezifität, bei der für bestimmte Leistungen von der Abrechnung durch einen Arzt der ihnen im Appendix unmittelbar zugeordneten Arztgruppe abgewichen werden kann;

c. **zur Abbildung von Bewertungs- bzw. Katalogeffekten und zur Berücksichtigung von im EBM vorgegebenen Höchstwertregelungen**;

d. **zum Anteilswert, mit dem ggf. neue bzw. modifizierte Leistungen** im Appendix auf im jeweiligen Datenjahr der verwendeten Version der Geburtstagsstichprobe gültige Gebührenordnungspositionen vollständig oder anteilig abgebildet werden können;

e. **zu Bedingungen bei der Auswahl der Vergleichspatienten bei der Bestimmung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors**;

f. **zu Diagnosen der regelhaft assoziierten Erkrankungen**, die bei der Bestimmung des Anpassungsfaktors bezogen auf die Komorbidität berücksichtigt werden;

g. **zur Berechnung des bundeseinheitlichen Abschlags für Mehrfachinanspruchnahme** auf Basis von Gebührenordnungspositionen, die aufgrund zu erwartender nicht multimorbiditätsbedingter Parallelabrechnung nur begrenzt einzubeziehen sind, und ggf. zu Maßnahmen zur Vermeidung eines doppelten Abzugs historischer Leistungsmengen;

h. **zum Mindestwert der Quartalspatientenzahl je KV-Bezirk**, unterhalb dessen anstelle KV-spezifischer Berechnungsergebnisse die bundesdurchschnittliche ASV-Leistungsmenge angesetzt werden soll;

i. **zur Bestimmung des für die Umrechnung** der historischen Anzahl der nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **anzuwendenden Faktors**;

j. **zur Ermittlung des Patientenzahl-Höchstwerts und dessen Überprüfung vor Beginn der Bereinigung des letzten Bereinigungsjahres durch die AG ASV-Bereinigungsberechnungen unter Aktualisierung der Datengrundlage.**

2.5 Möglichkeit von Berechnungsvarianten

Sofern notwendig, gibt die AG ASV-Bereinigungsberechnungen die zu berechnenden Varianten an.

2.6 Dokumentation von Berechnungsvarianten

Sofern die Berechnungen nach Nr. 2.4 neben den verfügbaren Daten normative Annahmen erfordern und/oder die AG ASV-Bereinigungsberechnungen gemäß Nr. 2.5 die Berechnung von Varianten vorsieht, stellt das Institut des Bewertungsausschusses die Bandbreite der Berechnungsergebnisse zu den durchschnittlichen ASV-Leistungsmengen je Quartalspatient unter Angabe der den verschiedenen Varianten jeweils zugrundeliegenden Annahmen dar.

2.7 Bestimmung von Abweichungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Damit Abweichungen zwischen der den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zugrunde gelegten und der tatsächlich regional vereinbarten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Gesamtvertragspartner bestimmt werden können, wird das bei den Berechnungen des Instituts jeweils verwendete Berichtsquartal der ARZTRG87aREG-Daten in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage des Beschlusses zu den Vorgaben für die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner mitgeteilt.

2.8 Prüfung der Notwendigkeit von Anpassungen an den indikationsspezifischen Vorgaben

Die AG ASV-Bereinigungsberechnungen überprüft bei gegebenem Anlass, insbesondere bei Änderungen

- der ASV-RL oder ihrer Anlagen durch den G-BA,
- des EBM oder
- der Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

oder wenn bis zum bundesweit erstmaligen Beginn der Bereinigung des letzten Bereinigungsjahres wesentliche neue Erkenntnisse zu den gemäß Nr. 2.4 beschlossenen Vorgaben vorliegen indikationsspezifisch die Auswirkungen auf die Berechnungsvorgaben und die sich daraus ergebenden ASV-Leistungsmengen. Bei einer sich hieraus ergebenden relevanten Abweichung der bundesdurchschnittlichen ASV-Leistungsmenge je Quartalspatient oder der hochgerechneten bundesweiten Anzahl an Quartalspatienten für eine Indikation beschließt der Bewertungsausschuss ggf. eine nicht rückwirkende Anpassung seiner Vorgaben hierzu.

2.9 Prüfung der Anrechnung der historischen Anzahl der nach § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

Sofern eine der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses für eine ASV-Indikation bis zum bundesweit erstmaligen Beginn der Bereinigung des letzten Bereinigungsjahres Hinweise darauf hat, dass der unter Nr. 5.2 lit. b) und c) des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, verwendete Anteilswert von 0,5 nicht sachgerecht ist, überprüft die AG ASV-Bereinigungsberechnungen diese Werte. Ggf. beschließt der Bewertungsausschuss in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner

420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, abweichende Werte

3. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung von ASV-Leistungsmengen und von Patientenzahl-Höchstwerten sowie der Erstellung eines Berichts über die Vorgehensweise

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, jeweils innerhalb von vier Wochen, nachdem die AG ASV-Bereinigungsberechnungen die indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben erstellt hat, insbesondere

- die durchschnittliche ASV-Leistungsmenge je Quartalspatient,
- den Patientenzahl-Höchstwert sowie
- den Umrechnungsfaktor der historischen Patientenzahl gemäß § 116b SGB V (alt) in eine entsprechende ASV-Patientenzahl

zu berechnen. Weiterhin wird das Institut beauftragt, bis zur Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu den KV-spezifischen ASV-Fallwerten in Punkten und den verbindlich zu verwendenden KV-spezifischen Patientenzahl-Höchstwerten die Vorgehensweise bei der Berechnung sowie die Berechnungsergebnisse für die Varianten, die Grundlage für die Beschlussfassung waren, in einem Bericht darzustellen. Die Veröffentlichung erfolgt nach Prüfung und Freigabe durch die Träger des Bewertungsausschusses auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (http://institut-ba.de/service/asvbereinigung/berechnungsgrundlagen.html) grundsätzlich zeitgleich zur Veröffentlichung des Beschlusses.

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt sicher, dass es durch den gleichzeitigen Ansatz des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors sowie des Abschlags für Parallelabrechnungen nicht zu einer doppelten Verminderung historischer Leistungsmengen kommt und setzt ggf. Gegenmaßnahmen um.

4. Verfahrensvorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner

Zur Vorbereitung der ASV-Bereinigung durch die regionalen Gesamtvertragspartner wird der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss in der 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden

Folgebeschlüssen, alle für die Gesamtvertragspartner notwendigen Vorgaben zur Umsetzung der ASV-Bereinigung für die jeweiligen Indikationen festhalten. Dazu wird Folgendes festgelegt:

4.1. Die ASV-Bereinigung erfolgt jeweils KV-spezifisch und indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, zum Zeitpunkt der Rechnungslegung für ein Bereinigungsquartal basiswirksam in Höhe der gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsmengen (im Folgenden **ASV-Differenzbereinigungsmengen**).

4.2. Durch den Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 5 wird eine regionalisierte indikationsspezifische Datengrundlage zur Anzahl der in einem Quartal ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten (ASV-Patientenzahl) sowie zur historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß § 87 Abs. 3f SGB V geschaffen und den regionalen Gesamtvertragspartnern gemäß § 87a Abs. 6 SGB V bereitgestellt.

4.3. KV-Spezifisch gibt in dieser Datengrundlage die erste Meldung von mindestens drei Patienten für dasselbe Bereinigungsquartal, für die jeweils mindestens ein ASV-Abrechnungsfall für eine ASV-behandelbare Indikation zur Zahlung freigegeben wurde, das die Bereinigung auslösende Quartal (im Folgenden **Signalquartal**) vor. Beginnend mit dem auf das Signalquartal folgenden Quartal erfolgt,

- sofern es keine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab, für einen Zeitraum von vier Jahren, jedoch mindestens bis zum Bereinigungsquartal 4/2023,

- sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab, für einen Zeitraum von drei Jahren, jedoch mindestens bis zum Bereinigungsquartal 4/2023 und mindestens bis zum Ablauf von fünf vollen Jahren nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses

eine quartalsweise basiswirksame Differenzbereinigung. Das jeweils zu bereinigende Quartal wird im Folgenden definiert als **Bereinigungsquartal**.

4.4. Die Gesamtvertragspartner bestimmen die ASV-Differenzbereinigungsmengen für ein Bereinigungsquartal auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss beschlossenen und fortgeschriebenen KV-spezifischen ASV-Fallwerte in Punkten einerseits und der auf Basis der für das entsprechende Quartal bereitgestellten Daten ermittelten bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

andererseits. Zur Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen für ein Bereinigungsquartal führen die Gesamtvertragspartner folgende Berechnungen indikationsspezifisch, ggf. getrennt nach Subspezialisierung, durch:

4.4.1. Bestimmung der tatsächlichen ASV-Patientenzahl auf Basis der Datenlieferung nach Nr. 5 in Abgrenzung der drei Teamarten („ausschließlich Vertragsärzte“, „ausschließlich Krankenhausärzte“ und Teams, die aus Vertragsärzten und Krankenhausärzten bestehen **(**im Folgenden **„gemischtes Team“)**).

4.4.2. Bestimmung der bei der Bereinigung zu berücksichtigenden tatsächlichen ASV-Patientenzahl unter anteiliger Anrechnung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten bei den für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldeten tatsächlichen ASV-Patientenzahlen und Heranziehen der unveränderten tatsächlichen ASV-Patientenzahl der Meldungen für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“.

4.4.3. Ermittlung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl durch Begrenzung der zu berücksichtigenden ASV-Patientenzahl nach Nr. 4.4.2 auf den vom Bewertungsausschuss beschlossenen indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwert nach Nr. 2.1 Absatz 4.

4.4.4. Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwerts in Punkten durch Fortschreibung des vom Bewertungsausschuss beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwertes vom Jahr der Ausgangsbasis der Weiterentwicklung auf das Vorjahresquartal des jeweiligen Bereinigungsquartals.

Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund nicht enthaltener Kennzeichnungen in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage nicht unmittelbar nachvollziehen lässt oder im Zeitverlauf von der bei den Berechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Abgrenzung gemäß der Satzart ARZTRG87aREG abweicht, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine ggf. notwendige Anpassung des vom Bewertungsausschuss beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwerts. Grundlage hierzu bilden die in Nr. 2.7 beschriebenen Angaben.

4.4.5. Bestimmung der indikationsspezifischen **quotierten ASV-Bereinigungsmenge** im jeweiligen Bereinigungsquartal als Produkt der

bereinigungsrelevanten Patientenzahl nach Nr. 4.4.3. und des ASV-Bereinigungsfallwerts nach Nr. 4.4.4. und anschließender Multiplikation mit der Abstaffelungsquote. Die zu verwendende Abstaffelungsquote berechnet sich dabei als das Verhältnis des für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals insgesamt vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zur für das Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk insgesamt festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, umgerechnet in Punkte durch Division mit dem im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gültigen regionalen Punktwert, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals.

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie überprüft der Bewertungsausschuss die Verwendbarkeit der zur Bestimmung der Abstaffelungsquote vorgesehenen Datenquartale des Jahres 2020. Hierzu berechnet das Institut des Bewertungsausschusses für die Quartale 3/2020 und 4/2020 quartalsweise, mit welcher Rate sich bundesweit das Punktzahlvolumen aller Leistungen je Versicherten gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal verändert hat. Das Institut stellt seine Ergebnisse auf seiner Internetseite spätestens Ende des dritten Monats vor Beginn des jeweiligen Quartals des Jahres 2021 bereit. In Euro bewertete Leistungen rechnet das Institut des Bewertungsausschusses mit einem Punktwert von 10,8226 Cent in Punkte um. Sofern gemäß den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für eines der Quartale 3/2020 und 4/2020 die beschriebene Veränderungsrate kleiner als minus 3,5 Prozent ist, ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern die Abstaffelungsquote mit Bezug zum entsprechenden Quartal des Jahres 2019 zu bestimmen. Für das Quartal 1/2021 wird die Verwendung der Daten des Quartals 1/2020 vorgegeben. Für das Quartal 2/2021 wird die Verwendung der Daten des Quartals 2/2019 vorgegeben.

4.4.6. Ermittlung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmenge im jeweiligen Bereinigungsquartal als Differenz der nach Nr. 4.4.5 bestimmten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal und der im Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern bestimmten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmenge, welche um die Veränderungsraten vom Vorvorjahresquartal auf das Vorjahresquartal aktualisiert wird. Für die ASV-Bereinigung der Quartale 1/2018 bis 4/2018 wird abweichend hiervon ein Übergangsverfahren angewendet.

Die Rechenschritte werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, zu Vorgaben für die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner und im technischen Anhang 1 zum genannten Beschluss als verbindliches Excel-Berechnungsschema zur Ermittlung der ASV-Differenzbereinigungsmengen vorgegeben. Die einvernehmliche Anwendung abweichender Darstellungen des Rechenwegs für die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen in einem Bereinigungsquartal ist möglich, sofern sich dadurch keine Veränderung des Rechenwegs ergibt.

4.5. Die basiswirksame Bereinigung erfolgt spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal durch Abzug der Summe der gemäß Nr. 4.4.6. bestimmten ASV-Differenzbereinigungsmengen in Punkten für alle im jeweiligen Bereinigungsquartal zu berücksichtigenden Indikationen vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere in seinem Beschluss in der 383. Sitzung, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V beschlossen.

5. Übermittlung von Daten im Rahmen der ASV-Bereinigung

Der Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss in der 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, separat alle Vorgaben für Datenlieferungen im Rahmen der ASV-Bereinigung auf regionaler Ebene zusammengeführt. Der Beschluss beinhaltet sowohl die Vorgaben zur Übermittlung der ASV-Patientenzahl als auch zur Übermittlung der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten durch die Krankenkassen.

6. Kurzbericht zur ASV-Bereinigung

Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, ihm jährlich bis zum 31. Juli eines Jahres einen Kurzbericht im Excel-Format mit den in der Anlage zu diesem Beschluss genannten Kennzahlen zur Entwicklung der ASV-Bereinigung vorzulegen, erstmalig zum 31. Juli 2023. Das Institut verwendet für die Erstellung

des Berichts die ihm im Rahmen der ASV-Bereinigung vorliegenden Daten zur Patientenzahlentwicklung in der ASV sowie gemäß § 116b SGB V (alt) und die Daten zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund der ASV gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss wird prüfen, ob eine Ausgleichsregelung für Versichertenzahldifferenzen eines KV-Bezirks analog zur Bereinigung im Falle von Selektivverträgen im Aufsatzwertverfahren gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, oder entsprechenden Folgebeschlüssen, Nr. 2.2.3 auf Ebene des jeweiligen KV-Bezirks aufzunehmen ist.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023,

Kurzbericht zur ASV-Bereinigung

Der durch das Institut des Bewertungsausschusses zu erstellende Kurzbericht an den Bewertungsausschuss im Excel-Format enthält die folgenden Angaben quartals-, KV-, indikationsspezifisch und GKV-weit für alle vorliegenden Bereinigungszeiträume, soweit dem Institut die entsprechenden Daten aus der ASV-Bereinigung bzw. aus der Satzart ASV_BE vorliegen:

- Die ASV-Patientenzahlen,
- die Patientenzahlen gemäß § 116b SGB V (alt),
- die beschlossenen Fallwerte und Patientenhöchstzahlen,
- die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl sowie die ASV-Differenzbereinigungsmenge in Punkten aus der Satzart ASV_BE sowie zusätzlich den mit dem jeweils maßgeblichen Punktwert in Euro umgerechneten ASV-Differenzbereinigungsbetrag.