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 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),

zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

mit Wirkung zum 1. Juli 2023

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V – im Folgenden **ASV-Bereinigung** – hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit den zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen auf Basis der Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen beschlossen.

Durch die AG ASV-Bereinigungsberechnungen werden die zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen definiert und indikationsspezifisch konkretisiert. Die Vorgaben werden in maschinell verarbeitbaren Dateien im csv-Format durch das Institut des Bewertungsausschusses aufbereitet. Die Struktur dieser Dateien ist im technischen Anhang 2 dieses Beschlusses geregelt. Das Institut des Bewertungsausschusses führt auf dieser Basis Berechnungen durch und legt das Ergebnis der AG ASV-Bereinigungsberechnungen und dem Bewertungsausschuss vor.

Die allgemeinen, grundsätzlich indikationsübergreifend geltenden Vorgaben des Bewertungsausschusses wie auch seine sich auf Grundlage der oben genannten Berechnungen ergebenden indikationsspezifischen Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner werden nachfolgend aufgeführt.

Dem Aufbau der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) entsprechend, untergliedert sich dieser Beschluss dabei in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden Teil sowie indikationsspezifische Festlegungen in Anlagen.

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. Indikationsspezifische Bereinigung

Die ASV-Bereinigung erfolgt jeweils KV- und indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen. Alle im Rahmen der ASV-Bereinigung benötigten indikationsspezifischen Festlegungen werden in Anlagen zu diesem Beschluss getroffen. Die Partner der Gesamtverträge auf regionaler Ebene bestimmen die ASV-Differenzbereinigungsmengen für ein Bereinigungsquartal gemäß den Verfahrensvorgaben dieses Beschlusses in Verbindung mit den Festlegungen in den entsprechenden Anlagen.

2. Bereinigungsbeginn und -zeitraum

Die ASV-Bereinigung beginnt mit dem Folgequartal jenes Abrechnungsquartals, für welches erstmals eine regionalisierte und indikationsspezifische Datenlieferung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, erfolgt ist und mindestens drei ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten für dasselbe Bereinigungsquartal mit Wohnort im betreffenden KV-Bezirk (tatsächliche ASV-Patientenzahl) gemeldet wurden (**Signalquartal**).

Das Abrechnungsquartal, für welches die ASV-Bereinigung jeweils erfolgt, wird **Bereinigungsquartal** genannt, auch wenn die Bereinigung erst nach Quartalsende umgesetzt wird. Die ASV-Bereinigung erfolgt quartalsweise als basiswirksame Differenzbereinigung,

- sofern es keine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab, über einen Zeitraum von vier Jahren, jedoch mindestens bis zum Bereinigungsquartal 1/2024,

- sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab, über einen Bereinigungszeitraum von drei Jahren, jedoch mindestens bis zum Bereinigungsquartal 1/2024 und mindestens bis zum Ablauf von fünf vollen Jahren nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses.

Die basiswirksame ASV-Bereinigung erfolgt durch die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal. Dabei wird die Summe aller für das aktuelle Quartal nach Nr. 7 bestimmten indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V abgezogen. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere hierzu in seinem Beschluss der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, bzw. in 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.

3. Weitere Datengrundlage für die Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

Durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, Teil B wird den regionalen Gesamtvertragspartnern die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß § 87a Abs. 6 SGB V bereitgestellt. Diese werden im Rahmen der Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen anteilig angerechnet. Dabei wird für das jeweils aktuelle Bereinigungsquartal auf die indikationsspezifisch einmalig festgestellte historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten des entsprechenden Vorjahresquartals zu den ersten vier Bereinigungsquartalen bzw. auf die vom Institut des Bewertungsausschusses aufbewahrten Daten der letzten Zeiträume, in denen eine Inanspruchnahme von Leistungen gemäß der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) möglich war, zurückgegriffen.

4. Darstellung des Rechenwegs zur Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge

Die Berechnung ist hier verbal und im technischen Anhang 1 dieses Beschlusses als Teil eines Excel-Rechenschemas zur Ermittlung der ASV-Differenzbereinigungsmengen dargestellt. Die einvernehmliche Anwendung abweichender Darstellungen des durch den vorliegenden Beschluss vorgegebenen Rechenwegs für die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen in einem Bereinigungsquartal ist möglich, sofern sich hierdurch keine Veränderung des Rechenwegs ergibt.

5. Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

Zur Feststellung der ASV-Differenzbereinigungsmengen werden im ersten Schritt indikationsspezifisch, ggf. getrennt nach Subspezialisierung, die bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen bestimmt.

5.1 Ausgangsbasis

Ausgangsbasis ist die **tatsächliche ASV-Patientenzahl** auf Grundlage der Datenlieferung nach Nr. 2 Satz 1 für das jeweilige Bereinigungsquartal, getrennt für die drei Teamarten „ausschließlich Vertragsärzte“, „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“. Für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr sind abweichend die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab und der Bereinigungszeitraum über das vierte Bereinigungsjahr hinausreicht, sind hiervon abweichend für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr, die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses als Ausgangsbasis zu verwenden.

5.2 Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl

„Die Bestimmung der **zu berücksichtigenden ASV-Patientenzahl** erfolgt unter anteiliger Anrechnung der für ein Bereinigungsquartal indikationsspezifisch einmalig festgestellten historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß der Datenlieferung nach Nr. 3 Satz 1 bei den für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldeten tatsächlichen ASV-Patientenzahlen (im Folgenden **x**) wie folgt:

a) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl, die für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“ gemeldet wurde, geht ohne Kürzung in die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl ein.

b) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl **x,** die für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldet wurde, wird mit dem Anteilswert 0,5 multipliziert und zu lit. a) dieser Rechenvorgabe addiert. Sofern in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage zu diesem Beschluss ein anderer Anteilswert als 0,5 vorgegeben ist, ist dieser zu verwenden.

c) Zudem wird die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten wie folgt angerechnet:

   Zunächst wird die jeweilige historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß Nr. 3 mit dem Umrechnungsfaktor gemäß Nr. 5 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss multipliziert, der die Umrechnung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten ermöglicht. Das erhaltene Produkt wird durch den Anteilswert 0,5 dividiert und dann von der tatsächlichen ASV-Patientenzahl **x** abgezogen; das Ergebnis daraus wird mit der Differenz aus 1 und dem Anteilswert 0,5 multipliziert. Sofern in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage zu diesem Beschluss ein anderer Anteilswert als 0,5 vorgegeben ist, ist dieser zu verwenden.

   Das Maximum vom so erhaltenen Wert und null wird zu lit. b) dieser Rechenvorgabe addiert. Das Ergebnis bildet die bei der Bereinigung zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl.

Muss aufgrund eines verzögerten ASV-Bereinigungsbeginns für die Bestimmung der historischen Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten auf gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, Teil B Nr. 4 vom Institut des Bewertungsausschusses aufbewahrte und rückzuspielende Daten zurückgegriffen werden, wird in jedem Bereinigungsquartal die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten

Patienten des aufbewahrten und rückgespielten entsprechenden Leistungsquartals[1] verwendet.

5.3 Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl

Die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Nr. 5.2 wird ggf. begrenzt auf den indikationsspezifischen Patientenzahl-Höchstwert und als **bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl** definiert.

Der indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert ist indikationsspezifisch als quartalsdurchschnittliche Anzahl vertragsärztlich behandelter Patienten im jeweiligen KV-Bezirk gemäß Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss verbindlich vorgegeben. Vor Beginn des letzten Bereinigungsjahres wird der indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert jeweils auf einer aktuelleren Datengrundlage durch die AG ASV-Bereinigungsberechnung überprüft und ggf. durch den Bewertungsausschuss in einer Ergänzung zu Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss für die Quartale des letzten Bereinigungsjahres verbindlich angepasst.

6. Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwerts

Zur Feststellung der ASV-Differenzbereinigungsmengen werden im zweiten Schritt indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, die im Bereinigungsquartal anzuwendenden **regionalen ASV-Bereinigungsfallwerte** in Punkten durch die Gesamtvertragspartner bestimmt. Dazu erfolgt eine Fortschreibung der vom Bewertungsausschuss für diesen KV-Bezirk beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwerte in Punkten gemäß Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss auf das jeweilige Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals. Die ASV-Fallwerte in Punkten gemäß Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss werden dabei durch Anwendung der jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der

[1] Für das erste Bereinigungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzuspielende entsprechende erste Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen, für das zweite Bereinigungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzuspielende entsprechende zweite Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen usw.

Berechnung verwendeten Datenjahr der Geburtstagsstichprobe gemäß Nr. 1 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss[2] und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals, fortentwickelt.

Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von in der vom Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Datengrundlage gemäß Nr. 2 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss nicht enthaltenen Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt oder im Zeitverlauf von der bei der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses verwendeten Abgrenzung gemäß der Satzart ARZTRG87aREG abweicht, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über eine ggf. notwendige regionale Anpassung des vom Bewertungsausschuss beschlossenen ASV-Fallwerts.

7. Bestimmung der ASV-Bereinigungsmengen und der ASV-Differenzbereinigungsmengen

Die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen erfolgt gemeinsam und einheitlich bis zum 15. des vierten Monats nach dem Bereinigungsquartal.

7.1 Quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal

Die Gesamtvertragspartner bestimmen zunächst indikationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, die **ASV-Bereinigungsmengen** als Produkt aus den indikationsspezifischen bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 5 und den jeweiligen regionalen ASV-Bereinigungsfallwerten im Bereinigungsquartal in Punkten gemäß Nr. 6. Die so bestimmten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen multiplizieren sie abschließend mit dem Verhältnis des für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs in Punkten zu für das Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk insgesamt festgestellten Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung, umgerechnet in Punkte durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals.

[2] D. h. beginnend mit der Veränderungsrate für das Folgejahr des durch das Institut des Bewertungsausschusses bei der Berechnung verwendeten Datenjahres der Geburtstagsstichprobe gemäß Nr. 1 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss.

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.

Auf diese Weise erhalten sie die **quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen** im Bereinigungsquartal.

7.2 Fortentwickelte quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals

Die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals sind die im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 7.1 bereits bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen. Die Gesamtvertragspartner schreiben diese um die jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie um die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Vorvorjahresquartal und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals fort.

Kommen in einem Bereinigungsquartal erstmals für Änderungen der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angepasste ASV-Fallwerte (in Punkten) zur Anwendung, die der Bewertungsausschuss in Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss entsprechend beschlossen hat oder über die sich die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß Nr. 6 einvernehmlich verständigt haben, ist diese Aktualisierung auch in den quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zu berücksichtigen.

Dafür werden die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zusätzlich mit dem Quotienten aus dem im Bereinigungsquartal jeweils anzuwendenden indikationsspezifischen regionalen ASV-Bereinigungsfallwert (in Punkten) gemäß Nr. 6 und dem bei der Bereinigung im Vorjahresquartal jeweils angewandten indikationsspezifischen regionalen ASV-Bereinigungsfallwert (in Punkten) gemäß Nr. 6, der um die gleichen Veränderungsfaktoren, wie sie nach Satz 2 angewandt werden, vom Vorvorjahresquartal auf das Vorjahresquartal fortzuschreiben ist, multipliziert. Auf diese Weise erhalten die Gesamtvertragspartner die **fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal** des Bereinigungsquartals.

Wurde im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals kein Wert gemäß Nr. 7.1 bestimmt, so sind die fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gleich Null.

7.3 ASV-Differenzbereinigungsmengen

Die Bildung der indikationsspezifischen **ASV-Differenzbereinigungsmengen** erfolgt, indem von den nach Nr. 7.1 bestimmten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal die nach Nr. 7.2 bestimmte fortentwickelten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals abgezogen werden.

Wurden in den Bereinigungsquartalen 2018/1 bis 2018/4 im Vorjahresquartal indikationsspezifische Differenzbereinigungsvolumen in Punkten nach den Vorgaben älterer Beschlüsse als dem vorliegenden bestimmt (Beschluss des Bewertungsausschusses in der 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 bzw. Beschluss in der 335. Sitzung am 24. September 2014 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), ist abweichend von der Bestimmung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen nach dieser Nummer wie folgt zu verfahren:

Zur Ermittlung der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals von den Gesamtvertragspartnern bestimmten und quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen ist eine Aufsummierung der indikationsspezifischen Differenzbereinigungsvolumen der vergangenen Zeiträume bei gleichzeitiger Fortentwicklung dieser

Werte notwendig. Wesentlich dabei ist, dass die (Differenz-) Bereinigung jeweils auf Werten des jeweiligen Vorjahresquartals eines Bereinigungsquartals beruht, was wie folgt berücksichtigt wird:

Zunächst wird jedes für das gleiche Quartal in den Vorjahren bis einschließlich dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals nach Nr. 2 Ziffer 10 der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung bzw. in seiner 383. Sitzung festgestellte indikationsspezifische Differenzbereinigungsvolumen in Punkten identifiziert. Die Fortschreibung dieser Volumen erfolgt für den Zeitraum zwischen dem jeweiligen Vorjahresquartal der damaligen Bereinigung und dem Vorjahresquartal des aktuellen Bereinigungsquartals mit den entsprechenden Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den entsprechenden basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Abschließend erfolgt indikationsbezogen für ein gleiches Quartal die Aufsummierung dieser fortentwickelten Volumen.

Die Bildung der indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen im aktuellen Bereinigungsquartal erfolgt, indem die nach Nr. 7.3 Absatz 4 für das jeweilige Quartal ermittelten indikationsspezifischen Summen fortentwickelter ASV-Differenzbereinigungsvolumen der Vorjahresquartale von den nach Nr. 7.1 bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal abgezogen werden.

8. Ausschluss von Doppelbereinigungen

Bei der Durchführung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V sind Doppelbereinigungen aufgrund eventueller Überschneidungen mit der Bereinigung aufgrund von ASV durch die regionalen Bereinigungsvertragspartner auszuschließen.

Technischer Anhang 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal	1	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t	
	2	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal. Sofern eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t	
	2a	indikationsspezifischer Anteilswert ($0 < g \leq 1$) [Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 5.2 lit b) in den indikationsspefischen Anlagen des 420. BA; gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationspezifischen Anteilswert vor, so wird ein indikationspezifischer Anteilswert von 0,5 verwendet)	g	
	3	Anzahl der nach § 116b (alt) historisch behandelten Patienten (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{t0}	
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f	
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (1 - Nr. 2a) x (Nr. 2 - Nr. 4 x Nr. 3 / Nr. 2a)		
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ((Nr. 2a x Nr. 2) + max{ 0, Nr. 5 })		
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) $w_t = y_t + g \cdot x_t + \max\left(0, (1-g) \cdot \left(x_t - \frac{f \cdot z_{t0}}{g}\right)\right)$	w_t	
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)		
	9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal (min{ Nr.7, Nr. 8 })		
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwertes im Bereinigungsquartal	10	ASV-Fallwert (in Punkten), ggf. unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr.3)		
	11	(Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 für das Folgejahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]		
	12	Regionaler ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11))		
	12a	Falls im Bereinigungsquartal ein ASV-Fallwert nach Nr. 10 zur Anwendung kommt, der im Vergleich zum Vorjahresquartal aufgrund von Änderungen der MGV-Abgrenzung angepasst wurde: Regionaler ASV-Bereinigungsfallwert im Vorjahresquartal (in Punkten)		
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1		
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 12 x Nr. 9)		
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 14 x Nr. 13)		
	16	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahresquartalsberechnung		
	17	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorvorjahresquartal des Bereinigungsquartals auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %]		
	18	Fortentwickelte quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahressquartal des Bereinigungsquartals Wenn Nr. 12a leer, dann Nr. 16 x Nr. 17; sonst Nr. 16 x Nr. 17 x (Nr. 12 / (Nr. 12a x Nr. 17))		
	19	ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 15 - Nr. 18)		

Technischer Anhang 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

Inhalt

1 Dateibeschreibung 14
2 Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES 15
3 Satzartbeschreibung AUFGRIFF 16
4 Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI 17
5 Satzartbeschreibung ABRGR 18
6 Satzartbeschreibung FG 19
7 Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN 20
8 Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP 21
9 Satzartbeschreibung PSEUDOGOP 22
10 Satzartbeschreibung HOECHSTWERT 23
11 Satzartbeschreibung MFIGOP 24
12 Satzartbeschreibung ASSOZIIERTEICD 25
13 Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP 26
14 Satzartbeschreibung APPENDIXERWEITERUNG 27

15 Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG 28
16 Satzartbeschreibung UUUABRGR..... 29
17 Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP 30

1 Dateibeschreibung

Die maschinell verarbeitbaren Dateien sind jeweils in einer logischen Datei im csv-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu veröffentlichen. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Die Dateien enthalten keine Spaltenüberschriften.

Sollte der Wert eines geforderten Datenfeldes nicht vorliegen, bspw. weil es als K = Kann-Feld oder m = bedingtes Muss-Feld definiert ist, so ist der Inhalt dieses Feldes leer zu veröffentlichen, d. h. in der Auslieferungsdatei folgen zwei #-Zeichen aufeinander.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Name_Indikation_Version.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

*Name der Datei (*alphanumerisch)
(SPEZIFISCHETUMORKODES, AUFGRIFF, ABRGR, FG, GRUNDPAUSCHALEN, GRUNDPALSKONSULTP, PSEUDOGOP, HOECHSTWERT, MFIGOP, ASSOZIIERTEICD, ZUSCHLAGGOP, APPENDIXERWEITERUNG, MGVERWEITERUNG, UUUABRGR, BEGRENZUNGGOP),
Indikation, für die die Datei gültig ist (alphanumerisch 6-stellig bzw. 5-stellig)
Kennzeichnung aus 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),
*Version der Datei (*alphanumerisch 3-stellig)
(CCC),
Endung csv.

2 Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „SPEZIFISCHETU-MORKODES“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungs-bereichsschlüssel“ zur Verein-barung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfah-rens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versor-gung (ASV-AV) oder daraus abgeleitete Kennzeichnung; grundsätzlich als Sechssteller, bei Vorliegen von Subspeziali-sierungen (z. B. bei Gynäkolo-gischen Tumoren) als Fünfstel-ler
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Tumorgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung der Tumorgruppe
04	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	der Tumorgruppe zugeordneter ICD-Kode

3 Satzartbeschreibung AUFGRIFF

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	8	alphanum.	konstant „AUFGRIFF“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
05	Spezifität	m	12	alphanum.	nur bei onkologischen Indikationen: Angabe, ob Diagnosekode spezifisch oder unspezifisch für diese onkologische Indikation ist; bei allen anderen Indikationen leer

4 Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „AUFGRIFFKOMBI“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
05	Zusatz-ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	Angabe, welcher weitere ICD-Kode noch zum ICD-Kode gemäß Feld 03 vorliegen muss
06	Diagnosesicherheit Zusatz-ICD-Kode	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 05 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
07	Abgrenzung	M	1	numerisch	Der Zusatz-ICD-Kode muss angegeben sein 1 = beim gleichen Patient im Quartal 2 = im gleichen Behandlungsfall

5 Satzartbeschreibung ABRGR

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „ABRGR“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
04	Abrechnungs-gruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe gemäß Schlüsselverzeichnis 6, die der Arztgruppe aus Feld 03 in den Abrechnungsdaten zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Abrechnungsgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

6 Satzartbeschreibung FG

Dateiinhalt:
Eindeutigkeit: Die Kombination der Felder 01 bis 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	2	alphanum.	konstant „FG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01 Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
04	Fachgruppe	M	2	alphanum.	Fachgruppenkode gemäß Anlage 3 zur ASV-AV, der der Arztgruppe aus Feld 03 zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Fachgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

7 Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „GRUNDPAUSCHA-LEN“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschrei-bung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Grundpauschale verwen-dete Gebührenordnungsposi-tion

8 Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	17	alphanum.	konstant „GRUNDPALSKON-SULTP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschrei-bung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Konsultationspauschale verwendete Gebührenord-nungsposition

9 Satzartbeschreibung PSEUDOGOP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „PSEUDOGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	≤ 6	alphanum.	als Pseudo-Gebührenordnungsposition verwendete Gebührenordnungsposition
04	KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, in der die Gebührenordnungsposition dem Behandlungsumfang gemäß Appendix zugeordnet wird; bei bundeseinheitlich gültigen Gebührenordnungspositionen leer

10 Satzartbeschreibung HOECHSTWERT

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „HOECHSTWERT“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Höchstwert verwendete Gebührenordnungsposition
04	Faktor	M	3,2	dezimal	zu berücksichtigender Anteil der Leistungsmenge der Gebührenordnungsposition

11 Satzartbeschreibung MFIGOP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	6	alphanum.	konstant „MFIGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Berechnung der Mehrfachinanspruchnahme verwendete Gebührenordnungsposition

12 Satzartbeschreibung ASSOZIIERTEICD

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ASSOZIIERTEICD“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode; grundsätzlich als kompletter ICD-Kode, bei vollständigen Gruppen der ICD-10 als Einsteller (beispielsweise C für Bösartige Neubildungen)
04	Diagnosesicherheit	K	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A

13 Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig. **Erläuterung: Zuschläge zu Gebührenordnungspositionen des EBM die nicht im Appendix genannt sind, aber bei den Berechnungen berücksichtigt werden.**

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „ZUSCHLAGGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Zuschlag verwendete Gebührenordnungsposition

14 Satzartbeschreibung APPENDIXERWEITERUNG

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	19	alphanum.	konstant „APPENDIXERWEI-TERUNG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschrei-bung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Erweiterung des Appendix verwendete Gebührenord-nungsposition

15 Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „MGVERWEITE-RUNG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschrei-bung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	zur Erweiterung der ARZTRG87aREG-Daten ver-wendete Gebührenordnungs-position, wenn der Leistungsin-halt mit dem der GOP_MGV identisch ist, unter Berücksich-tigung abgeleiteter und regio-nal spezifischer GOPen der GOP_MGV
04	GOP_MGV	M	5	alphanum.	Gebührenordnungsposition, welche bei Aufführung in den ARZTRG87aREG-Daten zur Berücksichtigung der GOP als MGV-Leistung verwendet wird

16 Satzartbeschreibung UUUABRGR

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	8	alphanum.	konstant „UUUABRGR“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppen aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01, bei der auch Fälle mit einer der Diagnoseangaben „Z01.7“, „Z01.88“ oder „Z01.9“ berücksichtigt werden. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.

17 Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP

Dateiinhalt:
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „BEGRENZUNG-GOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	begrenzte Gebührenordnungsposition; für alle GOPen aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für alle GOPen aus Kapitel 11 EBM)
04	Begrenzung	M	≤ 6	numerisch	Höhe der Begrenzung der Gebührenordnungsposition aus Feld 03 Angabe in Punkten
05	KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, in der die Gebührenordnungsposition dem Behandlungsumfang gemäß Appendix zugeordnet wird; bei der Bestimmung eines bundeseinheitlichen Wertes leer

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2014 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.034 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.282 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 1.978 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 2.635 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 2.792 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 2.060 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 2.303 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.320 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 2.412 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 2.471 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 2.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 2.246 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.309 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.990 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.817 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 2.021 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 2.466 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 1.781 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.944 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 312 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 9.031 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 5.143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 4.606 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 3.328 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 6.889 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 9.018 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 3.641 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 647 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.994 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 2.399 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.580 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 2.599 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 4.653 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,92** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation gynäkologische Tumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation gynäkologische Tumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 1.570 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.360 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 2.003 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 2.009 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.917 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.391 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.672 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 1.820 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.667 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 1.922 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 1.343 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 1.629 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.741 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.428 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.586 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.425 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.699 Punkten

Diese Leistungsmengen gelten unabhängig von einer möglichen Subspezialisierung der Leistungserbringer gemäß Abschnitt 5 der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Dezember 2015.

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 3.234 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 3.696 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 752 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 13.476 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 10.002 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 11.099 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 5.247 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 3.962 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 10.934 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 16.159 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 8.959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.099 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 4.303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 3.109 Patienten

- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 4.694 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 7.169 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,93** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation urologische Tumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation urologische Tumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 764 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 602 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 689 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 737 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 628 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 644 Punkten

- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 656 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 697 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 678 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 725 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 646 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 876 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 874 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 498 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 886 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 618 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 614 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.421 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 3.158 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 913 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 12.063 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 9.708 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 5.555 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 6.265 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.875 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 12.853 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 11.381 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 6.442 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.364 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 5.052 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.430 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 3.379 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 11.449 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,71** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Hauttumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2017 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2018 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Hauttumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

-	Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	946 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.386 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	836 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	950 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	568 Punkten

-	Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	524 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	664 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.334 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	894 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	904 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	684 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	836 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	940 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	686 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	976 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.376 Punkten
-	Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.999 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

-	Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	404 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	233 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	51 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.068 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3.035 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	3.985 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.131 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	233 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.046 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.933 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.030 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	55 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	160 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	413 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	232 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	231 Patienten
-	Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	345 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten den Faktor in Höhe von 0,93 verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 5

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Tumoren der Lunge und des Thorax

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2018 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 3/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 450. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Gebührenordnungspositionen 86512, 86516 und 86518 ab dem ersten Quartal 2020 extrabudgetär vergütet. Sie werden daher für die Berechnung erstmals auch im KV-Bezirk Nordrhein von der MGV-Abgrenzung ausgeschlossen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tumoren der Lunge und des Thorax je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	2.762 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.170 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.945 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.970 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.537 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	2.704 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.690 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.632 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.778 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	2.163 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.674 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.334 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.922 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	2.760 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.074 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.756 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	727 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	702 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	121 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	3.413 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.927 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	3.680 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.139 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.312 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.403 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	3.357 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.542 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	285 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	647 Patienten

- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	901 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	519 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	468 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.321 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,80** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 575. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Kopf- oder Halstumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2019 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2020 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Kopf- oder Halstumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.654 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.966 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.743 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.813 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	866 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.058 Punkten

- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	962 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.056 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.708 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.780 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.396 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.406 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.293 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.222 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.418 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.982 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.608 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	249 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	160 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	59 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.353 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.177 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.694 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	453 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	296 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	611 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.234 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	421 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	45 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	149 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	441 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	295 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	141 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	558 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,34** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 7

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2021 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2022 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.354 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.056 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.554 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.626 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.675 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.292 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.214 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.358 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.536 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.584 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.252 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.030 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.206 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.308 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.629 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.554 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.134 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	134 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	131 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	31 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	674 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	670 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	437 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	156 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	202 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	458 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	641 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	300 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	48 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	124 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	164 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	134 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	86 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	335 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 8

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen der Indikation Knochen- und Weichteiltumoren

---

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2021 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2022 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Knochen- und Weichteiltumoren je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.298 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.700 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.566 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.664 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.364 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.428 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.722 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.799 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.488 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.406 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.590 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.436 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	43 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	31 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	263 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	106 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	137 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	101 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	89 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	216 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	168 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	63 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	24 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	33 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	25 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	24 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	39 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	104 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,94** verbindlich vor.

Anlage 1.1 b, Teil 1 (Erwachsene)

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 366 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 430 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 336 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 386 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 296 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 280 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 274 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 332 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 288 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 359 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 344 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 412 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 352 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 319 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 320 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 272 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 350 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 22.296 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 13.975 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 6.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 83.244 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82.182 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 82.856 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 62.862 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 32.230 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 89.303 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 81.494 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 41.570 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 5.646 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 18.413 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 36.607 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 27.798 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 25.702 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 48.275 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 1.1 b, Teil 2 (Kinder und Jugendliche)

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 600 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 634 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 451 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 482 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 390 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 442 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 296 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 451 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 416 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 411 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 572 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 451 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 512 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 611 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 368 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 328 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 380 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 949 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 920 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 90 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1.644 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.192 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 851 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 501 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.927 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 1.968 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 451 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 81 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 285 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 502 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 281 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 298 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 677 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 1.1 c

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie c) chronisch entzündliche Darmerkrankungen

---

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2021 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2021 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation chronisch entzündliche Darmerkrankungen je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	458 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	508 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	347 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	376 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	354 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	450 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	390 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	380 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	458 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	386 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	455 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	352 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	343 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	387 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	334 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	6.703 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	4.698 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.587 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	19.073 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	17.522 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	19.152 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	11.403 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	8.196 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	18.264 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	23.292 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	7.724 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.560 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	3.563 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	5.842 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	4.846 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	4.934 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	9.149 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Abweichend vom Vorgehen wie in Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung beschrieben, wurde kein Umrechnungsfaktor ermittelt, da es für die Indikation chronisch entzündliche Darmerkrankungen keine Festlegungen in der ABK-Richtlinie gibt.

Anlage 2 a

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2014 herangezogen.

Abweichend von Nr. 6 des vorliegenden Beschlusses ist das Jahr 2013 als Ausgangsjahr für die Fortentwicklung zu verwenden.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 875 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 875 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 23 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 73 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 31 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 164 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 130 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 252 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 80 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 30 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 165 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 173 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 81 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 28 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 77 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 29 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 110 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 b

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Mukoviszidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230, 11232 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Mukoviszidose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 1.212 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1127 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 835 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 811 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 903 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 734 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 1.013 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 599 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.411 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.099 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 166 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 130 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 37 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 459 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 484 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 465 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 383 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 241 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 636 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 778 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 189 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 102 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 144 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 151 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 193 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 351 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 c

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Hämophilie

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2017 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Hämophilie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 3.052 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 2.972 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 3.116 Punkten

- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 3.028 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.668 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 2.876 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 2.676 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 4.810 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 3.500 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.228 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.840 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 4 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 27 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 29 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 528 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 434 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 227 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 154 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 290 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 190 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 197 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 16 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 97 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 109 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 182 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 122 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 484 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 d

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 575. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation neuromuskuläre Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2019 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2020 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation neuromuskuläre Erkrankungen je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 577 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 719 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 514 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 598 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 569 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 432 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 593 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 535 Punkten

- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 584 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 693 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 646 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 690 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 574 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 642 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 652 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 634 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 488 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.590 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 2.017 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 838 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 7.080 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 6.063 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 6.809 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 4.479 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.603 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 9.161 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 9.626 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 3.686 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 680 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.242 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 2.014 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.668 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.902 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 3.664 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 e

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Sarkoidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2018 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 3/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Sarkoidose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 405 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 404 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 348 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 398 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 367 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 350 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 392 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 447 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 391 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 394 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 369 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 416 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 342 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 352 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 387 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 362 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 360 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 943 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 908 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 227 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 2.670 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 2.464 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 2.788 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.368 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 993 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 2.101 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 2.499 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 1.072 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 219 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 784 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.375 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 913 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.765 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Abweichend vom Vorgehen wie in Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung beschrieben, wurde kein Umrechnungsfaktor ermittelt, da es für die Indikation Sarkoidose keine Festlegungen in der ABK-Richtlinie gibt.

Anlage 2 h

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Morbus Wilson

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 4/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230, 11232 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Morbus Wilson je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 748 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 748 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 13 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 58 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 70 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 61 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 25 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 76 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 117 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 294 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 22 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 37 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 k

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Marfan-Syndrom

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230, 11232 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Marfan-Syndrom je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 967 Punkten

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 967 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 94 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 91 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 33 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 370 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 291 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 148 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 114 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 363 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 449 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 16 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 70 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 105 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 118 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 88 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 180 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 l

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner

bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation pulmonale Hypertonie

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2017 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation pulmonale Hypertonie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 965 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 815 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.026 Punkten

- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.025 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 824 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 800 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 921 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 744 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 715 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 734 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 724 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 778 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 24 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 12 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 0 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 56 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 100 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 308 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 138 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 65 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 122 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 186 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 23 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 17 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 15 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 19 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 36 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 44 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 127 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.

Anlage 2 o

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen 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 regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 1/2018 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 530 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 534 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 278 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 402 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 358 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 347 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 366 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 398 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 469 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 402 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 376 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 335 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 335 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 296 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 303 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss folgende verbindlich zu verwendende Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 285 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 154 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 114 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1.065 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.260 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.337 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 590 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 339 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.056 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 1.150 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 616 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 83 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 244 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 575 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 630 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 348 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 747 Patienten

5. Umrechnungsfaktor von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 1** verbindlich vor.