

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 den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 451. Sitzung am 17. September 2019**

**zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

mit Wirkung zum Bereinigungsquartal 3/2019

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) 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-Bereinigungsrechnungen beschlossen.

Durch die AG ASV-Bereinigungsrechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 erfolgt ist und ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten 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 über einen Zeitraum von vier Jahren, jedoch mindestens bis zum Bereinigungsquartal 3/2021.

Die in Satz 1 genannten Datenlieferungen zu ambulant spezialfachärztlich behandelten Patienten enthalten jeweils die Ausgangswerte für die quartalsweise Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen.

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 in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 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), 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.

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:

- Für die Bereinigungsquartale vor dem letzten Jahr des jeweiligen Bereinigungszeitraums wird folgende Rechnung durchgeführt:
 - 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 Faktor 0,5 multipliziert und zu lit. a) dieser Rechenvorgabe addiert.
 - 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 mit dem Faktor zwei multipliziert und dann von der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x abgezogen; das Ergebnis daraus wird durch zwei dividiert.

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.

- Für die Bereinigungsquartale im letzten Jahr des jeweiligen Bereinigungszeitraums wird folgende Rechnung durchgeführt:

d) Die Zahl der tatsächlichen ASV-Patienten, die für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“ gemeldet wurde, geht ohne Kürzung in die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl ein.

e) Bei der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x , die für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldet wurde, 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. Dieser Wert wird von der tatsächlichen ASV-Patientenzahl x abgezogen.

Das Maximum vom so erhaltenen Wert und null wird zu lit. d) 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) Teil B Nr. 4 vom Institut des Bewertungsausschusses aufbewahrte

und rückzuspielende Daten zurückgegriffen werden, wird in jedem Bereini-
gungsquartal die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten
des aufbewahrten und rückgespielten entsprechenden Leistungsquartals¹ verwen-
det.

5.3 Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl

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

Der indikationsspezifische Patientenzahl-Höchstwert ist indikationsspezifisch als
quartalsdurchschnittliche Anzahl vertragsärztlich behandelter Patienten im jewei-
ligen KV-Bezirk gemäß Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss verbind-
lich vorgegeben. Vor Beginn des letzten Bereinigungsjahres wird der indikations-
spezifische Patientenzahl-Höchstwert jeweils auf einer aktuelleren Datengrund-
lage durch die AG ASV-Bereinigungsrechnung überprüft und ggf. durch den
Bewertungsausschuss in einer Ergänzung zu Nr. 4 der jeweiligen Anlage zu die-
sem Beschluss für die Quartale des letzten Bereinigungsjahres verbindlich ange-
passt.

6. Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwerts

Zur Feststellung der ASV-Differenzbereinigungsmengen werden im zweiten Schritt indi-
kationsspezifisch, ggf. getrennt für Subspezialisierungen, die im Bereini-
gungsquartal an-
zuwendenden **regionalen ASV-Bereinigungsfallwerte** in Punkten durch die Gesamt-
vertragspartner bestimmt. Dazu erfolgt eine Fortschreibung der vom Bewertungsaus-
schuss für diesen KV-Bezirk beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwerte in
Punkten gemäß Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss auf das jeweilige Vor-
jahresquartal des Bereini-
gungsquartals. 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 Berücksichti-
gung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen pro-
zentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, be-
zogen auf den Zeitraum zwischen dem vom Institut des Bewertungsausschusses bei der

¹ Für das erste Bereini-
gungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzu-
spielende entsprechende erste Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen, für das
zweite Bereini-
gungsquartal eines Kalenderjahres wird auf das aufbewahrte und rückzuspie-
lende entsprechende zweite Leistungsquartal eines Kalenderjahres zurückgegriffen usw.

Berechnung verwendeten Datenjahr der Geburtstagsstichprobe gemäß Nr. 1 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss² 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. Auf diese Weise erhalten sie die **quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen** im Bereinigungsquartal.

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.

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 und erhalten so 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 Volumina 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 Volumina.

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 Bereinigungspartner 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

Bereinigungsquartale vor dem letzten Jahr des jeweiligen Bereinigungszeitraums

| | | | | |
|--|----|---|----------|--|
| Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungsquartals | 1 | Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. (gemäß ANZASV110b_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 (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. (gemäß ANZASV110b_IK_Art des ASV-Teams = 2 und 3) | x_t | |
| | 3 | Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im betreffenden Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM) | z_{0t} | |
| | 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 ($0,5 \times (\text{Nr. 2} - (2 \times \text{Nr. 3} \times \text{Nr. 4}))$) | | |
| | 6 | 2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ($(0,5 \times \text{Nr. 2}) + \max(0, \text{Nr. 5})$) | | |
| | 7 | Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) $w_t = y_t + \frac{x_t}{2} + \max\left(0, \frac{x_t - 2 \cdot f \cdot z_{0t}}{2}\right)$ | 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 ($\min(\text{Nr. 7}, \text{Nr. 8})$) | | |
| 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) | | |
| 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 Vorjahresquartalsbereinigung | | |
| | 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 Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Nr. 16 x Nr. 17 | | |
| | 19 | ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 15 - Nr. 18) | | |

Bereinigungsquartale im letzten Jahr des jeweiligen Bereinigungszeitraums

| | | | | |
|--|----|---|----------|--|
| Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl des Bereinigungsquartals | 1 | Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. (gemäß ANZASV116b_K, Art des ASV-Teams = 1) | y_i | |
| | 2 | Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal. Sofern eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. (gemäß ANZASV116b_K, Art des ASV-Teams = 2 und 3) | x_i | |
| | 3 | Anzahl der nach § 116b (alt) behandelten Patienten im betreffenden Quartal (gemäß ANZ116bALT_SUM) | z_{10} | |
| | 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 (Nr. 2 - (Nr. 3 x Nr. 4)) | | |
| | 6 | 2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ($\max(0, \text{Nr. 5})$) | | |
| | 7 | Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) | w_i | |
| | | $w_i = y_i + \max(0, x_i - f \cdot z_{10})$ | | |
| | 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 ($\min(\text{Nr. 7}, \text{Nr. 8})$) | | |
| 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) | | |
| 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 Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Nr. 16 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, AUFGRIF, 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|-------------|---------|----------------|------------------|--|
| 00 | Satzart | M | 21 | alphanum. | konstant „SPEZIFISCHETUMORKODES“ |
| 01 | Indikation | M | ≤ 6 | alphanum. | 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) oder daraus abgeleitete Kennzeichnung; grundsätzlich als Sechssteller, bei Vorliegen von Subspezialisierungen (z. B. bei Gynäkologischen Tumoren) als Fünfsteller |
| 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------------------------------|---------|----------------|------------------|--|
| 00 | Satzart | M | 15 | alphanum. | konstant „AUFGRIFFKOMBI“ |
| 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 | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | Abrechnungsgruppe | 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:

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

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------|---------|----------------|------------------|--|
| 00 | Satzart | M | 15 | alphanum. | konstant „GRUNDPAUSCHALEN“ |
| 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 Grundpauschale verwendete Gebührenordnungsposition |

8 Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP

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

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------|---------|----------------|------------------|--|
| 00 | Satzart | M | 17 | alphanum. | konstant „GRUNDPALSKONSULTP“ |
| 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 Konsultationspauschale verwendete Gebührenordnungsposition |

9 Satzartbeschreibung PSEUDOGOP

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

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------|---------|----------------|------------------|---|
| 00 | Satzart | M | 6 | alphanum. | konstant „MFIGOP“ |
| 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. | 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 |
| 04 | Diagnosesicherheit | M | 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 SPEZIFISCHETUMOR-KODES |
| 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------|---------|----------------|------------------|--|
| 00 | Satzart | M | 19 | alphanum. | konstant „APPENDIXERWEITERUNG“ |
| 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 Erweiterung des Appendix verwendete Gebührenordnungsposition |

15 Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG

Dateiinhalt:

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

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | Inhalt/Erläuterung |
|----------|------------|---------|----------------|------------------|---|
| 00 | Satzart | M | 13 | alphanum. | konstant „MGVERWEITERUNG“ |
| 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 Erweiterung der ARZTRG87aREG-Daten verwendete Gebührenordnungsposition, wenn der Leistungsinhalt mit dem der GOP_MGV identisch ist, unter Berücksichtigung abgeleiteter und regional 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

| |
|---|
| Dateiinhalte: |
| Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig. |

| Feld Nr. | Feld | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01 bei der auch Fälle mit Diagnoseangabe „UUU“ 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 | Feldart | Anzahl Stellen | Feld-eigenschaft | 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 SPEZIFISCHETUMORKODES |
| 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 | 5 | 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 Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 2.964 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 Bayerns 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 Bayerns 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 Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen
Krankheitsverläufen
der Kategorie a) onkologische Erkrankungen**

der Indikation gynäkologische Tumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2015 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 2.024 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 Bayerns 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 Bayerns 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), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen 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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 871 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 Bayerns 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 Bayerns 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), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 451. Sitzung am 17. September 2019
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen 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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 | 712 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 b, Teil 1 (Erwachsene)

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 Bayerns 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 Bayerns 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), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläu-
fen der Kategorie b) rheumatologische Erkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2016 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 Bayerns 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 Bayerns 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 2 a

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be- handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin- dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt- vertragspartner

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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 Bayerns 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 Bayerns 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 Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 1.213 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 1.002 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 1.002 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 1.150 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 844 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 834 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 927 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 737 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.036 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 634 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.449 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.002 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.117 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 Bayerns 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 h

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 426. Sitzung am 18. September 2018
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 772 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 772 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 772 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 772 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 Bayerns 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 Be- handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin- dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt- vertragspartner

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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 981 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 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 981 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 981 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 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 981 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 Bayerns 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 I

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner**

**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 für seine Berechnungen 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-Bereinigungsrechnungen 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 Bayerns 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 Bayerns 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 Be-
handlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbin-
dung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamt-
vertragspartner
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 für seine Berechnungen 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 Bayerns 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 Bayerns 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.