

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

**zur Änderung des Beschlusses 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
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 zur Indikation Hämophilie**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2019

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V 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.

In seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen. 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.

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 2 c: Hämophilie

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Anlage 2 c

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen der Indikation Hämophilie

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 Hämophilie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 2.828 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 2.828 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 2.828 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 3.052 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 2.972 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 3.116 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 3.028 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 2.668 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 2.876 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayerns | in Höhe von 2.676 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 4.810 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 3.500 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.828 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.228 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.840 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Teil B

**zur Änderung des Beschlusses 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
Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in
Verbindung mit
§ 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen
Gesamtvertragspartner**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 1/2020

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V 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.

In seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen. 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.

Neuberechnung aufgrund der Ausdeckelung humangenetischer Beratungs- und Beurteilungsleistungen zum 1. Quartal 2020

Basierend auf den Ergebnissen der Neuberechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, die folgenden Anlagen ausgetauscht:

Anlage 2 b: Mukoviszidose

Anlage 2 h: Morbus Wilson

Anlage 2 k: Marfan-Syndrom

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Anlage 2 b

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen der Indikation Mukoviszidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 1.212 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 1127 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 835 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 811 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 981 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 903 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 734 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 1.013 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 599 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.411 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 981 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.099 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 166 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 130 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 37 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 459 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 484 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 465 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 383 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 241 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 636 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des
Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung
mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen
Gesamtvertragspartner
bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit
entsprechend geringen Fallzahlen
der Indikation Morbus Wilson**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 748 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 748 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 748 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 748 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 13 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 10 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 58 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 70 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 61 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 25 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 76 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen der Indikation Marfan-Syndrom

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 967 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 967 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 967 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 967 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 94 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 91 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 33 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 370 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 291 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 148 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 114 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 363 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.