

Lesefassung des B E S C H L U S S E S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 700. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),

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

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V – im Folgenden **ASV-Bereinigung** – hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit den zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen auf Basis der Vorgaben der AG ASV-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, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 beziehungsweise entsprechenden Folgebeschlüssen, erfolgt ist und mindestens drei ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten für dasselbe Bereinigungsquartal mit Wohnort im betreffenden KV-Bezirk (tatsächliche ASV-Patientenzahl) gemeldet wurden (**Signalquartal**).

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

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

Die basiswirksame ASV-Bereinigung erfolgt durch die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich spätestens bis zum Ende des vierten Monats nach dem jeweiligen Bereinigungsquartal. Dabei wird die Summe aller für das aktuelle Quartal nach Nr. 7 bestimmten indikationsspezifischen ASV-Differenzbereinigungsmengen in Punkten vom vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V abgezogen. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere hierzu in seinem Beschluss der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, bzw. in entsprechenden Folgebeschlüssen zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V beschlossen.

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

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

4. Darstellung des Rechenwegs zur Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge

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

5. Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahlen

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

5.1 Ausgangsbasis

Ausgangsbasis ist die **tatsächliche ASV-Patientenzahl** auf Grundlage der Datenlieferung nach Nr. 2 Satz 1 für das jeweilige Bereinigungsquartal, getrennt für die drei Teamarten „ausschließlich Vertragsärzte“, „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“.

Bis zum Bereinigungsquartal 1/2024 einschließlich gilt dabei zusätzlich folgendes: Für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr sind abweichend die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab und der Bereinigungszeitraum über das vierte Bereinigungsjahr hinausreicht, sind hiervon abweichend für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr, die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses als Ausgangsbasis zu verwenden.

5.2 Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl

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

- a) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl, die für die Teamart „ausschließlich Vertragsärzte“ gemeldet wurde, geht ohne Kürzung in die zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl ein.
- b) Die tatsächliche ASV-Patientenzahl x , die für die Teamarten „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“ gemeldet wurde, wird mit dem Anteilswert 0,5 multipliziert und zu lit. a) dieser Rechenvorgabe addiert. Sofern in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage zu diesem Beschluss ein anderer Anteilswert als 0,5 vorgegeben ist, ist dieser zu verwenden.
- c) Zudem wird die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten wie folgt angerechnet:

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

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

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

Patienten des aufbewahrten und rückgespielten entsprechenden Leistungsquartals¹ verwendet.

5.3 Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl

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

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

6. Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfallwerts

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

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

Berechnung verwendeten Datenjahr der Geburtstagsstichprobe gemäß Nr. 1 der jeweiligen Anlage zu diesem 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.

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.

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

7.2 Fortentwickelte quотиerte 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 Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie um die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Vorvorjahresquartal und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals fort.

Kommen nach Ablauf des ersten Bereinigungsjahres in einem Bereinigungsquartal für Änderungen der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüber dem Vorjahresquartal angepasste ASV-Fallwerte (in Punkten) zur Anwendung,

- a) die der Bewertungsausschuss in Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss entsprechend beschlossen hat (Nr. 6.1 Absatz 1) oder
- b) über die sich die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß Nr. 6 einvernehmlich verständigt haben (Nr. 6.1 Absatz 2),

ist oder sind diese abgrenzungsbedingte(n) Anpassung(en) auch in den quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zu berücksichtigen. Dafür werden die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zusätzlich

- im Falle von Anpassungen gemäß lit. a) mit dem in diesen Fällen in der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss zusammen mit dem Anwendungszeitraum aufgeführten **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor** multipliziert (wird kein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor ausgewiesen bzw. liegt das Bereinigungsquartal außerhalb des vorgegebenen Anwendungszeitraums, ist ein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 zu verwenden) sowie
- für Anpassungen gemäß lit. b) zusätzlich mit dem Quotienten aus

- i. dem Quotienten des im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Bereinigungsquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Bereinigungsquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwert und
- ii. dem Quotienten des im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Vorjahresquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Vorjahresquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwert

multipliziert. Bei der Quotientenbildung nach ii. sind abweichend anstelle der Werte des Vorjahresquartals die Werte des Bereinigungsquartals zu verwenden, wenn im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde.

Auf diese Weise erhalten die Gesamtvertragspartner die unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MGV-Abgrenzung **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.

8. Ausschluss von Doppelbereinigungen

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

Technischer Anhang 1

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

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal	Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_JK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t
	Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_JK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t
	2a Indikationsspezifischer Anteilswert ($0 < g \leq 1$) (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 5.2 lit b in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen Anteilswert vor, so wird ein indikationsspezifischer Anteilswert von 0,5 verwendet)	g
	3 Anzahl der nach § 116b (alt) historisch behandelten Patienten (gemäß ANZ116bALT_SUM)	z_{t0}
	4 Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5 1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ($1 - \text{Nr. 2a} \times (\text{Nr. 2} - \text{Nr. 4} \times \text{Nr. 3} / \text{Nr. 2a})$)	
	6 2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ($(\text{Nr. 2a} \times \text{Nr. 2}) + \max(0, \text{Nr. 5})$)	
	7 Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) $w_t = y_t + g \cdot x_t + \max(0, (1 - g) \cdot \left(x_t - \frac{f \cdot z_{t0}}{g}\right))$	w_t
	8 Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungsfalles im Bereinigungsquartal	9 Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung im Bereinigungsquartal ($\min(\text{Nr. 7}, \text{Nr. 8})$)	
	10 Im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten), sofern zutreffend unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MG-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 oder sofern zutreffend gemäß 2. Absatz von Nr. 6 des Beschlusses des 420. BA)	
	10a MG-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 7.2 lit a in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA, Anlage Nr. 6; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen MG-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor vor, so wird ein indikationsspezifischer MG-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 verwendet)	
	10b Im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten) Entspricht Nr. 10 der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10 des Bereinigungsquartals einzutragen	
	10c ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Bereinigungsquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3	
	10d ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Vorjahresquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 Entspricht Nr. 10c der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10c des Bereinigungsquartals einzutragen	
	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 %]	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	12 Regionaler ASV-Bereinigungsfallwert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)	
	13 Abstufungsquote 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 Vorjahresquartal 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 unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MG-Abgrenzung (Nr. 16 x Nr. 17 x Nr. 10a x (Nr. 10 / Nr. 10c) / (Nr. 10b / Nr. 10d))	
	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.....	12
2	Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES.....	13
3	Satzartbeschreibung AUFGRIFF	14
4	Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI.....	15
5	Satzartbeschreibung ABRGR	16
6	Satzartbeschreibung FG	17
7	Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN.....	18
8	Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP.....	19
9	Satzartbeschreibung PSEUDOGOP	20
10	Satzartbeschreibung HOECHSTWERT	21
11	Satzartbeschreibung MFIGOP	22
12	Satzartbeschreibung ASSOZIIERTEICD.....	23
13	Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP	24
14	Satzartbeschreibung APPENDIXERWEITERUNG.....	25
15	Satzartbeschreibung MGVERWEITERUNG	26
16	Satzartbeschreibung UUUABRGR.....	27
17	Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP	28

1 Dateibeschreibung

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

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

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

Name_Indikation_Version.Endung

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

Name der Datei (alphanumerisch)

(SPEZIFISCHETUMORKODES, AUFGRIFF, ABRGR, FG, GRUNDPAUSCHALEN, GRUNDPALSKONSULTP, PSEUDOGOP, HOECHSTWERT, MFIGOP, ASSOZIIERTEICD, ZUSCHLAGGOP, APPENDIXERWEITERUNG, MGVERWEITERUNG, UUUABRGR, BEGRENZUNGGOP),

Indikation, für die die Datei gültig ist (alphanumerisch 6-stellig bzw. 5-stellig)

Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV),

Version der Datei (alphanumerisch 3-stellig)

(CCC),

Endung csv.

2 Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	21	alphanum.	konstant „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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	8	alphanum.	konstant „AUFGRIFF“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode
04	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	zusammen mit ICD-Kode aus Feld 03 zur Abgrenzung verwendete Diagnosesicherheit; gültige Werte: G, V, Z, A
05	Spezifität	m	12	alphanum.	nur bei onkologischen Indikationen: Angabe, ob Diagnosekode spezifisch oder unspezifisch für diese onkologische Indikation ist; bei allen anderen Indikationen leer

4 Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI

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

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

5 Satzartbeschreibung ABRGR

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „ABRGR“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
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:

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

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

7 Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „PSEUDOGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	≤ 6	alphanum.	als Pseudo-Gebührenordnungsposition verwendete Gebührenordnungsposition
04	KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2, in der die Gebührenordnungsposition dem Behandlungsumfang gemäß Appendix zugeordnet wird; bei bundeseinheitlich gültigen Gebührenordnungspositionen leer

10 Satzartbeschreibung HOECHSTWERT

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

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

11 Satzartbeschreibung MFIGOP

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

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

13 Satzartbeschreibung ZUSCHLAGGOP

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

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „ZUSCHLAGGOP“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	13	alphanum.	konstant „MGVERWEITE-RUNG“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMOR-KODES
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

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

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

17 Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP

Dateiinhalt:

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

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

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 1

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	2.235 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.408 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.173 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.894 Punkten

Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3.067 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.264 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	2.530 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.549 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.649 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.714 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	2.255 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.467 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.536 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	2.185 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.095 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.220 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.709 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	2.399 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.580 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.599 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	4.653 Patienten

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01.Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01.Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 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 onkologische Erkrankungen
der Indikation gynäkologische Tumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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	1.810 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.569 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.310 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.317 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.211 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.604 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.928 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.099 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.922 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.217 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.549 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.879 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.008 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.647 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.829 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.643 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.959 Punkten

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

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.099 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	4.303 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.109 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	4.694 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	7.169 Patienten

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3

**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 urologische Tumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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	1.163 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	915 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.049 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.121 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	956 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	981 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	998 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.061 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.032 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.103 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	984 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.334 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.329 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	758 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.349 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	940 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	933 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01.Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01.Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4

**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 Hauttumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.241 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.815 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.040 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.242 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	741 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	687 Punkten

Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	865 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.720 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.174 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.180 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	891 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.040 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.235 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	906 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.293 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.794 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.635 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.

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4)) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1,008
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1,004
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1,005
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1,003
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1,002
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1,005
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1,003
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1,008
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1,001
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1,001
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1,005
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,011
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1,015
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1,017
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1,011

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 5

**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 Tumoren der Lunge und des Thorax**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 3/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

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 Tumoren der Lunge und des Thorax je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	3.169 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.922 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.433 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	3.477 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3.400 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.936 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	3.048 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	3.031 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.989 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	3.226 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	2.477 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	3.056 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.657 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	2.213 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.403 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.388 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	3.253 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	727 Patienten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	702 Patienten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	121 Patienten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	3.413 Patienten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.927 Patienten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	3.680 Patienten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.139 Patienten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.312 Patienten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.403 Patienten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	3.357 Patienten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.542 Patienten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	285 Patienten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	647 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	901 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	519 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	468 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.321 Patienten

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1,023
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1,098
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1,053
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1,021
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1,032
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1,006
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1,005
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1,013
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1,036
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1,022
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1,020
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,016
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1,027
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1,100
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1,027
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1,053

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6

**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 Kopf- oder Halstumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.963 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.316 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.053 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.145 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.019 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.246 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.131 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.474 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.024 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.151 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.642 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.669 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.522 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.454 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.716 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.335 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.893 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1,008
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1,005
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1,001
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1,001
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1,021
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1,006
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1,026
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1,008
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1,011
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1,027

Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1,000

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 7

**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 Krankheitsverläu-
fen der Kategorie onkologische Erkrankungen
der Indikation Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.596 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.406 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.918 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.997 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.009 Punkten

Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.590 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.576 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.590 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.969 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.906 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.529 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.205 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.411 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.677 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.918 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.918 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.610 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4)) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1,008
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1,055
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1,050
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1,025
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1,051
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1,109
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1,095
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1,028
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1,044
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1,000
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1,095
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1,055
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1,055
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1,046

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 8

**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 Krankheitsverläu-
fen der Kategorie onkologische Erkrankungen
der Indikation Knochen- und Weichteiltumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.488 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.005 Punkten

Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.773 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.901 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.607 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.095 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.076 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.870 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.698 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 1.1 b, Teil 1 (Erwachsene)

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 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	705 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	830 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	646 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	744 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	566 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	536 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	522 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	637 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	552 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	690 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	660 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	797 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	680 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	613 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	616 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	518 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	674 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 1.1 b, Teil 2 (Kinder und Jugendliche)

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 herangezogen.

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	947 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.002 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	762 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	618 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	699 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	468 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	658 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	650 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	905 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	811 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	966 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	582 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	516 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	602 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 1.1 c

**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 Krankheitsverläu-
fen
der Kategorie c) chronisch entzündliche Darmerkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	718 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	797 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	543 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	588 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	553 Punkten

Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	507 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	706 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	612 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	596 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	719 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	605 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	714 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	583 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	550 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	537 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	605 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	522 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 1.2 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 schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit be-
sonderen Krankheitsverläufen
der Kategorie a) Multiple Sklerose**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	839 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.190 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	866 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	872 Punkten

- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	834 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	786 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	791 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	802 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	951 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	966 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	876 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	780 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	957 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	663 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	968 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	860 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	746 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	6.544 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	3.622 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.772 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	18.069 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	15.209 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	17.008 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	9.918 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	6.397 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	22.119 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	23.797 Patienten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	6.928 Patienten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.111 Patienten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.876 Patienten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	3.523 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.978 Patienten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	3.675 Patienten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	5.734 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 herangezogen.

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.097 Punkten

Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.097 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	36 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	29 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	110 Patienten

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

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

Anlage 2 b

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 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	1.432 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.359 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	997 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	986 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.183 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.096 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	871 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.223 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	750 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.712 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.320 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 2 c

**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 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.

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	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	3.354 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3.274 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	3.436 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	3.327 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.931 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	3.173 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.940 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	5.280 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	3.841 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.111 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.319 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.022 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 2 d

**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 neuromuskuläre Erkrankungen**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	909 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.134 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	811 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	942 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	896 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	678 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	934 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	843 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	920 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.093 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.019 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.088 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	903 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.011 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.027 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	998 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	769 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 2 e

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 Sarkoidose**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 3/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

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 Sarkoidose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	906 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	906 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	776 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	892 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	822 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	783 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	876 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.000 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	875 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	882 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	826 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	934 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	764 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	790 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	866 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	811 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	804 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 2 h

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 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	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	999 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	999 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	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	13 Patienten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	10 Patienten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	10 Patienten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	58 Patienten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	82 Patienten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	70 Patienten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	61 Patienten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	25 Patienten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	76 Patienten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	117 Patienten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	36 Patienten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	10 Patienten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	294 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	22 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	36 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	10 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	37 Patienten

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 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 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	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.836 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.836 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 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 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	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.288 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.087 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.369 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.368 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.100 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.068 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.229 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	993 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	954 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	980 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	967 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.039 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 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 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	893 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	901 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	466 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	675 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	602 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	584 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	616 Punkten

Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	545 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	628 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	671 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	790 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	676 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	633 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	562 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	564 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	498 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	509 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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