

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 700. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit den zur Umsetzung der ASV-Bereinigung notwendigen vorbereitenden Berechnungen auf Basis der Vorgaben der AG ASV-Bereinigungsrechnungen beschlossen.

In seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen. Dem Aufbau der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) entsprechend, untergliedert sich dieser Beschluss dabei in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden Teil sowie indikationsspezifische Festlegungen in Anlagen.

Basierend auf den Ergebnissen der Neuberechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), insgesamt zehn Anlagen ausgetauscht. Die neu berechneten Werte sind erstmals für das Quartal 3/2023 anzuwenden. Zudem wird die Nr. 7.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) neu gefasst sowie die Nrn. 2.7 und 4.4.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) angepasst.

Ferner werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in zwei Anlagen Streichungen vorgenommen, um die aktuellsten Berechnungen korrekt zu beschreiben. Des Weiteren wird eine neue Anlage für die Indikation Multiple Sklerose ergänzt.

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird Lesefassungen der durch diesen Beschluss geänderten Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 419. und 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Teil A

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des
Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

1 Anpassung von Nr. 2.7

Nr. 2.7 wird um folgenden Absatz ergänzt: „Die AG ASV-Bereinigungsrechnungen stimmt darüber hinaus ab, inwiefern Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in einer Anpassung der ASV-Fallwerte berücksichtigt und das Ausmaß dieser Anpassungen als KV-bezogene MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren in der entsprechenden indikationsspezifischen Anlage des Beschlusses zu den Vorgaben für die Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner einschließlich des Anwendungszeitraums ausgewiesen werden.“

2 Anpassung von Nr. 4.4.6

Nr. 4.4.6 wird um folgenden Absatz ergänzt: „Um mögliche aufgrund von Änderungen in den Abgrenzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erfolgte Anpassungen der vom Bewertungsausschuss beschlossenen indikationsspezifischen ASV-Fallwerte (in Punkten) gemäß Nr. 2.1 oder der regional bestimmten ASV-Bereinigungsfallwerte (in Punkten) gemäß dem vorigen Absatz zwischen dem Vorjahresquartal und dem aktuellen Bereinigungsquartal in der indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals zu berücksichtigen, sind die betreffenden im Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern bestimmten indikationsspezifischen quotierten ASV-Bereinigungsmengen zusätzlich um die entsprechenden Abgrenzungsänderungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzupassen. Im Falle von Anpassungen der ASV-Fallwerte aufgrund von Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die der Bewertungsausschuss beschließt, legt dieser dazu befristet anzuwendende indikations- und KV-bezogene **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren** fest. Im Falle von Anpassungen der ASV-Fallwerte aufgrund von Abgrenzungsänderungen, über die sich die regionalen Gesamtvertragspartner über die vom Bewertungsausschuss bereits berücksichtigten Abgrenzungsänderungen hinaus verständigen können, bestimmen diese den entsprechenden Anpassungsfaktor, um den die ASV-Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals zusätzlich anzuheben bzw. abzusenken ist.“

Teil B

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 684. 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

1 Neufassung von Nr. 5.1

Nr. 5.1 wird wie folgt neu gefasst: „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.“

2 Neufassung von Nr. 7.2

Nr. 7.2 wird wie folgt neu gefasst: „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-Fallwertmultipliziert. 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.“

3 Austausch der Technischen Anlage 1

Der technische Anhang 1 wird durch die folgenden Vorgaben ersetzt:

Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal	1	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_IK, Art des ASV-Teams = 1)	y_t
	2	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_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3)	x_t
	2a	Indikationsspezifischer Anteilswert ($0 < g \leq 1$) (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 5.2 lit b in den 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_0
	4	Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten	f
	5	1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (1 - Nr. 2a) x (Nr. 2 - Nr. 4 x Nr. 3 / Nr. 2a)	
	6	2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal ((Nr. 2a x Nr. 2) + max{0, Nr. 5})	
	7	Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6)	w_t
	8	Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4)	
9	Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung (min{Nr. 7, Nr. 8})		
Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungswertes im Bereinigungsquartal	10	Im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten), sofern zutreffend unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-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	MGV-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 MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor vor, so wird ein indikationsspezifischer MGV-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 %]	
	12	Regionaler ASV-Bereinigungswert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11)	
Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal	13	Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1	
	14	ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 12 x Nr. 9)	
	15	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 14 x Nr. 13)	
	16	Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahresquartalsberechnung	
	17	Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom 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 MGV-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)	

4 Austausch von Anlagen

Die folgenden Anlagen werden ausgetauscht:

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4: Hauttumoren

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

Anlage 1 c: chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Anlage 2 c: Hämophilie

Anlage 2 d: Neuromuskuläre Erkrankungen

Anlage 2 e: Sarkoidose

Anlage 2 h: Morbus Wilson

5 Ergänzung in Anlage 1.1 a Tumorgruppe 1, Anlage 1.1 a Tumorgruppe 2 und Anlage 1.1 a Tumorgruppe 3

Folgender Absatz wird ergänzt als **Nr. 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.“

6 Ergänzung in Anlage 1.1 b Teil 1 (Erwachsene), Anlage 1.1 b Teil 2 (Kinder und Jugendliche), Anlage 2 b, Anlage 2 k und Anlage 2 l

Folgender Absatz wird ergänzt als **Nr. 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.“

7 Streichung in Anlage 2 b

In Nr. 2 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

8 Streichung in Anlage 2 k

In Nr. 2 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen der Indikation Tumoren der Lunge und des Thorax

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen der Indikation Kopf- oder Halstumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen der Indikation Knochen- und Weichteiltumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 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 c

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 2 c

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

der Indikation Hämophilie

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2019 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation neuromuskuläre Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß den Vorgaben der AG ASV-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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Sarkoidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

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 Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation Morbus Wilson

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

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.

Teil C

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 684. 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
zur Indikation Multiple Sklerose**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 1.2 a: Multiple Sklerose

Anlage 1.2 a

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 700. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Anpassung der Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung und in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Im Zuge der Evaluation des Verfahrens zur Berechnung der ASV-Fallwerte durch das Institut des Bewertungsausschusses wurde ersichtlich, dass eine Modifikation bei der Berechnung der angewandten multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren bei der Bestimmung der ASV-Fallwerte sachgerecht ist. Daher wurden das Matchingverfahren zur Berechnung der multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren geändert und die ASV-Fallwerte mit diesen so veränderten multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren neu berechnet. Nachdem bereits in der 684. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) die ASV-Fallwerte für zehn ASV-Indikationen angepasst worden sind, erfolgt nun die Festlegung der neu berechneten ASV-Fallwerte für zehn weitere ASV-Indikationen. Hierzu werden die entsprechenden Anlagen im Beschluss

des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ausgetauscht.

Bei der Neuberechnung der Fallwerte wurden außerdem die Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die Berechnungen eingeschlossen, da sie seit dem Quartal 3/2023 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Um bei der Gegenüberstellung von quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal einerseits und den fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals andererseits ausschließlich diejenigen Abweichungen auszugleichen, die durch Anpassungen der ASV-Fallwerte aufgrund von Änderungen der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bedingt sind, wird auch Nr. 7.2 im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) präziser gefasst. Für solche abgrenzungsbedingten Anpassungen der ASV-Fallwerte, die aufgrund einer Beschlussfassung des Bewertungsausschusses erfolgen, gibt dieser neben den indikationsspezifischen ASV-Fallwerten in Punkten in Nr. 6 der jeweiligen indikationsbezogenen Anlage auch KV-bezogene MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren und deren Anwendungszeitraum vor. Um diese MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren sind die fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen des Vorjahresquartals des betreffenden Bereinigungsquartals jeweils abzusenken oder zu steigern. Mit dem vorliegenden Beschluss werden MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren für die berücksichtigte Eindeckelung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM bei den Indikationen Hauttumoren, Tumoren der Lunge und des Thorax, Kopf- oder Halstumoren sowie Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven mit dem jeweiligen Anwendungszeitraum 3/2023 bis 2/2024 festgelegt. Zudem wurde auch das Rechenchema im Technischen Anhang 1 um die Berücksichtigung des MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktors und eventueller regionaler Anpassungsfaktoren angepasst.

Bei der Neuberechnung der Fallwerte wurden zudem die Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 wieder als MGV-Leistungen mit einem MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor in Höhe von 1,0 berücksichtigt, nachdem sie temporär ext-rabudgetär vergütet und entsprechend nicht in den Berechnungen berücksichtigt worden waren.

Die Beschlussfassung der neu berechneten Fallwerte, der MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren, der Änderungen in Nr. 7.2 und des Technischen Anhangs 1 sowie einer zeitlichen Klarstellung in Nr. 5.2 ist Gegenstand des vorliegenden Beschlussteils B. Die entsprechende Anpassung der Rahmenvorgaben ist Gegenstand des vorliegenden Beschlussteils A.

In Umsetzung der Rahmen- und Verfahrensvorgaben aus seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschließt der Bewertungsausschuss auf Basis der jeweiligen Konkretisierung der ASV-Richtlinie und Beschlussfassung durch den G-BA zu neuen Indikationen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden können, der Bereinigung zugrunde zu legende ASV-Fallwerte sowie Patientenzahl-Höchstwerte für diese neuen Indikationen. Dem Aufbau der Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) entsprechend, wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) fortwährend um neue Anlagen ergänzt. Im vorliegenden Beschlussteil C erfolgen die Festlegungen für die Indikation Multiple Sklerose.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023 in Kraft.