

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

Teil A

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung am 18. September 2018, zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 ausgewählte seltene Lebererkrankungen

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2018

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-Bereinigungsberechnungen beschlossen.

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

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung am 18. September 2018, wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 2 o: ausgewählte seltene Lebererkrankungen

Protokollnotiz:

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

Anlage 2 o

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen der Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 530 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 534 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 278 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 402 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 358 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 347 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 366 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 398 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 469 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 402 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 376 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 335 Punkten

- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 335 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 296 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 303 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen im Zusammenhang mit der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V

mit Wirkung ab dem Lieferquartal 1/2019

1. Ergänzung um einen neuen Abschnitt in Teil B

„5. Behandlung von Leistungsbereichen nach § 116b SGB V (alt) ohne direkte Entsprechung in der ASV-Richtlinie

Patientenzahlen für Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt), für welche in der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keine direkte Entsprechung vorhanden ist, überführt das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen der Erstellung der Satzart ANZASV116b_SUM gemäß folgender Tabelle in Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel für in der ASV-Richtlinie vorhandene ASV-Indikationen bzw. -Subspezialisierungen. Die Schlüssel der betroffenen Leistungsbereiche sind bei der Zusammenstellung der Steuertabelle gemäß Nr. 2 und beim Vorgehen bei verzögertem Reinigungsbeginn gemäß Nr. 4 entsprechend zu berücksichtigen. Bei der Aufteilung entstehende gebrochene Patientenzahlen werden je Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel auf die jeweils nächste ganze Zahl aufgerundet. Die entstehenden Patientenzahlen werden je Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel ggf. zu aus anderen Leistungsbereichen mit direkter Entsprechung übergeleiteten Patientenzahlen hinzuaddiert.

Betroffene ASV-Indikation	Schlüssel des betroffenen Leistungsbereichs nach § 116b SGB V (alt)	Überführung in Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel der ASV-Indikation und/oder -Subspezialisierung und ggf. Aufteilungsverhältnis
Rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene), Rheumatologische Erkrankungen (Kinder und Jugendliche)	030300 (schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen)	1B0100 (0,9822) 1B0101 (0,0178)

“

2. Änderung der Satzartbeschreibung „Satzart ANZ116bALT_SUM – Historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten insgesamt“ in der Anlage

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Zahl der Patienten ist gegliedert nach Leistungsquartal, Wohnort-KV, Leistungsbereich und ASV-Indikation zu übermitteln. Dabei ist für jede in Satzart ANZ116bALT_IK (im Zusammenspiel mit Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG) vorkommende Kombination aus Leistungsquartal, Wohnort-KV, Leistungsbereichsschlüssel (ggf. als Aufzählung zu einer ASV-Indikation) sowie Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel (ggf. als Aufzählung zu einem Leistungsbereich) genau ein Datensatz zu übermitteln.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ANZ116bALT_SUM“
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die Leistungen nach § 116b SGB V (alt) erbracht wurden, im Format JJJJQ
02	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten im Leistungsquartal
03	Leistungsbereich	M	≤ 255	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Sofern in Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG der/den ASV-Indikation(en) in Feld 04 mehrere Leistungsbereiche zugeordnet werden, sind die zugehörigen Leistungsbereichsschlüssel in diesem Feld als Aufzählung durch Komma getrennt zu übermitteln.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
04	ASV-Indikation	M	≤ 255	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV. Sofern in Satzart ANZ116b-ALT_UEBERLEITUNG dem/den Leistungsbereich(en) in Feld 03 mehrere ASV-Indikationen zugeordnet werden, sind die zugehörigen Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel in diesem Feld als Aufzählung durch Komma getrennt zu übermitteln, Hierbei ist zu gewährleisten, dass Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel, zu denen die indikationsspezifischen Bereinigungsvorgaben in getrennten Anlagen zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen geregelt sind, in getrennten Datensätzen übermittelt werden.
05	Anzahl Patienten	M	≤ 6	numerisch	Anzahl der im Rahmen von § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss Teil B geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

Teil A

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung am 18. September 2018, zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des 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 ausgewählte seltene Lebererkrankungen mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2018

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung am 18. September 2018, 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

In Umsetzung der Rahmen- und Verfahrensvorgaben aus seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschließt der Bewertungsausschuss aufgrund der Konkretisierung der ASV-Richtlinie und Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu neuen Indikationen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung behandelt werden können, hiermit ASV-Bereinigungsfallwerte sowie Patientenzahl-Höchstwerte für diese neuen Indikationen. Dem Aufbau der Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versor-

gung 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 Beschluss handelt es sich dabei um die Indikation ausgewählte seltene Lebererkrankungen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum Bereinigungsquartal 4/2018 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen im Zusammenhang mit der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung ab dem Lieferquartal 1/2019

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 419. Sitzung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs um Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind, beschlossen. Zur Durchführung dieses Verfahrens werden Daten benötigt. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen und die Nutzung von bereits in anderen Beschlüssen des Bewertungsausschusses geregelten Datenlieferungen. Gemäß 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.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Patientenzahlen für Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt), für welche in der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keine direkte Entsprechung vorhanden ist, werden durch das Institut des Bewertungsausschusses im Rahmen der Erstellung der Satzart ANZASV116b_SUM in Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel für in der ASV-Richtlinie vorhandene ASV-Indikationen bzw. -Subspezialisierungen überführt. Die Umsetzung erfolgt erstmals für die rheumatologischen Erkrankungen, für die Patientenzahlen nach § 116b SGB V (alt) in volljährige und minderjährige Patienten aufgeteilt werden müssen. Die Aufteilung erfolgt nach dem zahlenmäßigen Verhältnis von Versicherten ab 18 Jahren (3.042.511 Versicherte) zu Versicherten unter 18 Jahren (55.167 Versicherte), das sich aus den Berechnungsergebnissen des Instituts ergibt:

- Erwachsene: $3.042.511 / (3.042.511 + 55.167) = 0,9822$
- Kinder und Jugendliche: $55.167 / (3.042.511 + 55.167) = 0,0178$

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum Lieferquartal 1/2019 in Kraft.