

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 520. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner zur Indikation Sarkoidose

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2020

Präambel

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

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

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 2 e: Sarkoidose

Protokollnotiz:

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

Anlage 2 e

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 520. 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, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

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

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 405 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 404 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 348 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 398 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 367 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 350 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 392 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 447 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 391 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 394 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 369 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 416 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 342 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 352 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 387 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 362 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 360 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.

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner zur Indikation Tumoren der Lunge und des Thorax

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2020

Präambel

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

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

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

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

Protokollnotiz:

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

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 5

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 520. 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, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 450. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden die Gebührenordnungspositionen 86512, 86516 und 86518 ab dem ersten Quartal 2020 extrabudgetär vergütet. Sie werden daher für die Berechnung erstmals auch im KV-Bezirk Nordrhein von der MGV-Abgrenzung ausgeschlossen.

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	2.762 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	2.374 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.170 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.945 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.970 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.537 Punkten

- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	2.704 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.690 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.632 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.778 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	2.163 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.674 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.334 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.922 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	2.760 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.074 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.756 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.

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2020

Präambel

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

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

Neufassung und Austausch des technischen Anhangs 2 sowie von Anlagen zum technischen Anhang 2

Der technische Anhang 2 sowie folgende Anlagen zum technischen Anhang 2 werden neu-gefasst und ausgetauscht:

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4: Hauttumoren

Anlage 1.1 b, Teil 1: rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene)

Anlage 1.1 b, Teil 2: rheumatologische Erkrankungen (Kinder und Jugendliche)

Anlage 2 a: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Anlage 2 c: Hämophilie

Anlage 2 l: pulmonale Hypertonie

Anlage 2 o: ausgewählte seltene Lebererkrankungen

Protokollnotiz:

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

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 Dateinamenskönvention 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

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

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

4 Satzartbeschreibung AUFGRIFFKOMBI

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

Feld Nr.	Feld	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 SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	Arztgruppe	M	≤ 255	alphanum.	Textuelle Beschreibung der Arztgruppe aus dem Appendix der Anlage zur ASV-RL gemäß Feld 01. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe gemäß Schlüsselverzeichnis 6, die der Arztgruppe aus Feld 03 in den Abrechnungsdaten zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Abrechnungsgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

6 Satzartbeschreibung FG

Dateiinhalt:
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 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	Fachgruppe	M	2	alphanum.	Fachgruppenkode gemäß Anlage 3 zur ASV-AV, der der Arztgruppe aus Feld 03 zugeordnet wird
05	GOP	K	5	alphanum.	Angabe, ob zusätzlich zur Fachgruppe im selben Quartal mindestens einmal eine Gebührenordnungsposition vorhanden sein muss; bei einer beliebigen GOP aus Kapitel yy EBM ist „yyxxx“ als Platzhalter anzugeben (z. B. „11xxx“ für eine beliebige GOP aus Kapitel 11 EBM); sonst leer

7 Satzartbeschreibung GRUNDPAUSCHALEN

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	15	alphanum.	konstant „GRUNDPAUSCHALEN“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	GOP	M	5	alphanum.	als Grundpauschale verwendete Gebührenordnungsposition

8 Satzartbeschreibung GRUNDPALSKONSULTP

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	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

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

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

10 Satzartbeschreibung HOECHSTWERT

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

Feld Nr.	Feld	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

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

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	14	alphanum.	konstant „ASSOZIIERTEICD“
01	Indikation	M	≤ 6	alphanum.	zu Details siehe Erläuterung zu Feld 01 in der Satzartbeschreibung SPEZIFISCHETUMORKODES
02	Version	M	3	alphanum.	Version der Datei
03	ICD-Kode	M	≤ 7	alphanum.	zur Abgrenzung verwendeter ICD-Kode; 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 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 bei der auch Fälle mit Diagnoseangabe „UUU“ berücksichtigt werden. Hinweis: Hier sind ggf. auch Arztgruppen zu erfassen, die z. B. in Fußnoten zum jeweiligen Appendix der Anlage zur ASV-RL vorkommen.

17 Satzartbeschreibung BEGRENZUNGGOP

Dateiinhalte:
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 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 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-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 2.034 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 1.282 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 1.978 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 2.635 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 2.792 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 2.964 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 2.303 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 2.320 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 2.412 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 2.471 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 2.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 2.246 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 2.309 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.990 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 2.817 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 2.021 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 2.466 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 1.781 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 1.944 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 312 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 9.031 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 5.143 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 4.606 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 3.328 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.321 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 6.889 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 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
bezogen auf Erkrankungen mit besonderen
Krankheitsverläufen
der Kategorie a) onkologische Erkrankungen
der Indikation gynäkologische Tumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- | | |
|--|---------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 1.570 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 1.360 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 2.003 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 2.009 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 1.917 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 2.024 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 1.672 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 1.820 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 1.667 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 1.922 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 1.343 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 1.629 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 1.741 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 1.428 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 1.586 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 1.425 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 1.699 Punkten

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

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 3

**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 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 764 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 602 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 689 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 737 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 628 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 871 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 656 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 697 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 678 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 725 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 646 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 876 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 874 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 498 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 886 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 618 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 614 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 2.421 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 3.158 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 913 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 12.063 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 9.708 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 5.555 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 6.265 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 2.875 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 12.853 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

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	946 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.386 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	836 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	950 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	568 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	712 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	664 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.334 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	894 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	904 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	684 Punkten

- | | | |
|--|-------------|---------------|
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 836 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 940 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 686 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 976 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.376 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.999 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- | | | |
|--|-------------|-----------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 404 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 233 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 51 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 2.068 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 3.035 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 3.985 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.131 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 233 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1.046 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1.933 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.030 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 55 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 160 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 413 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 232 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 231 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 345 Patienten |

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

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

Anlage 1.1 b, Teil 1 (Erwachsene)

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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 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 366 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 430 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 336 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 386 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 296 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 280 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 274 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 332 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 288 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 359 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 344 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von 412 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von 352 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 319 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 320 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 272 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 350 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 22.296 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 13.975 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 6.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 83.244 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 82.182 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 82.856 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 62.862 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 32.230 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 89.303 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

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 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 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 600 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 634 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 451 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 482 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 390 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 442 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 296 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 451 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 416 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 411 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 572 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von 451 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von 512 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 611 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 368 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 328 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 380 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 949 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 920 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 90 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 1.644 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 1.192 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 1.175 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 851 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 501 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 1.927 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

Anlage 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 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-Bereinigungsrechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tuberkulose und atypische Mykobakteriose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 875 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 875 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Bayern in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 875 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 875 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 23 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 73 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 31 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 164 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 130 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 252 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 80 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 30 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 165 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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 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, wobei die Gebührenordnungspositionen 01837, 01841, 11230 und 11233 bis 11236 ausgeschlossen wurden.

3. ASV-Fallwert

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

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

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

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 4 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 27 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 29 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 528 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 434 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 959 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 227 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 154 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 290 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

Anlage 2 I

**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 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 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 889 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 965 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 815 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 1.026 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 1.025 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 824 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 800 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 921 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 744 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 889 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 715 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 734 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 724 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 778 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 24 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 12 Patienten
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 0 Patienten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 56 Patienten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 100 Patienten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 308 Patienten
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 138 Patienten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 65 Patienten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 122 Patienten
- Für den KV-Bezirk 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.

Anlage 2 o

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 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-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 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 Bayern | 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 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.

Teil D

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, 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 4/2020

1. Ergänzung um einen neuen Abschnitt in Teil B

„6. Behandlung von ASV-Indikationen ohne entsprechende Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt)

Auch für ASV-Indikationen ohne entsprechende Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt) werden Datenlieferungen gemäß der Satzart ANZ116bALT_SUM vorgenommen. Hierzu wird für diese ASV-Indikationen ein Pseudo-Leistungsbereich in Satzarten ANZ116bALT_SUM und ANZ116bALT_UEBERLEITUNG gemäß folgender Tabelle eingefügt.

Betroffene ASV-Indikation	Leistungsbereich	Bezeichnung des Leistungsbereichs
Sarkoidose	000001	Pseudo-Leistungsbereich 1

Die Patientenzahlen für die betroffenen ASV-Indikationen in der Satzart ANZASV116b_SUM werden auf null gesetzt

Die Erstellung der Satzart ANZ116bALT_STEUER wird für diese ASV-Indikationen nicht vorgenommen. Auch das Verfahren nach Nr. 4 „Übermittlung, Aufbewahrung und Rückspielung bei verzögertem Bereinigungsbeginn“ wird für diese ASV-Indikationen nicht umgesetzt.“

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

Dateiumfang:
<p>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.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 eindeutig identifiziert.</p>

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 oder Pseudo-Leistungsbereich gemäß Teil B Nr. 6. 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	Feldeigenschaft	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

3. Neufassung und Austausch der Satzartbeschreibung „Satzart ANZ116bALT_UEBERLEITUNG – Überleitungstabelle für Leistungsbereiche und ASV-Indikationen“ in der Anlage

Dateiumfang:
Abgrenzung: Die Datei enthält die jeweils aktuelle Überleitung zwischen Leistungsbereichen nach § 116b SGB V (alt) und ASV-Indikationen nach § 116b SGB V.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01, 02 und 04 eindeutig identifiziert.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	23	alphanum.	konstant "ANZ116bALT_UEBERLEITUNG"
01	Version	M	3	alphanum.	Version der Überleitungstabelle
02	Leistungsbereich	M	6	alphanum.	Leistungsbereich gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, beginnend mit 0, oder Pseudo-Leistungsbereich gemäß Teil B Nr. 6
03	Bezeichnung des Leistungsbereichs	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung des Leistungsbereichs in Feld 02 gemäß Schlüssel 22 der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V oder Bezeichnung eines Pseudo-Leistungsbereichs gemäß Teil B Nr. 6
04	ASV-Indikation	M	6	alphanum.	Kennzeichnung aus Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV
05	Bezeichnung der ASV-Indikation	M	≤ 255	alphanum.	Bezeichnung der ASV-Indikation in Feld 04 gemäß Anlage 4 „Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel“ zur ASV-AV

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss 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 520. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A und Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 467. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner zu den Indikationen Sarkoidose sowie Tumoren der Lunge und des Thorax mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2020

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 467. 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

In Umsetzung der Rahmen- und Verfahrensvorgaben aus seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, beschließt der

Bewertungsausschuss aufgrund der Konkretisierung der ASV-Richtlinie und Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu neuen Indikationen, die im Rahmen der ASV behandelt werden können, hiermit ASV-Bereinigungswerte 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. In den vorliegenden Beschlussteilen handelt es sich dabei um die Indikationen Sarkoidose sowie Tumoren der Lunge und des Thorax.

3. Inkrafttreten

Die Beschlussteile A und B treten mit Wirkung zum Bereinigungsquartal 4/2020 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 4/2020

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 467. 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

Es werden mehrere redaktionelle Anpassungen in verschiedenen Abschnitten des Beschlusses vorgenommen.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum Bereinigungsquartal 4/2020 in Kraft.

Teil D

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 421. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, 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 4/2020

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 D wird den regionalen Gesamtvertragspartnern die historische Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten gemäß § 87a Abs. 6 SGB V bereitgestellt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Sofern für ASV-Indikationen entsprechende Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alt) nicht existieren, wird dennoch durch das Institut des Bewertungsausschusses ungeachtet dessen die Satzart ANZASV116b_SUM erstellt. Ohne einen entsprechenden Leistungsbereich werden die Patientenzahlen in der Satzart ANZASV116b_SUM auf null gesetzt.

Zur Umsetzung werden für jede dieser betroffenen ASV-Indikationen in Teil B Nr. 6 separate Pseudo-Leistungsbereiche vorgegeben. Pseudo-Leistungsbereiche dienen ausschließlich der datentechnischen Verarbeitung. Diese Pseudo-Leistungsbereiche werden bei der Erstellung der Satzarten ANZASV116b_SUM und ANZ116bALT_STEUER für die betroffenen ASV-Indikationen verwendet.

Für die betroffenen ASV-Indikationen wird keine Satzart ANZ116bALT_STEUER erstellt, da keine Datenlieferungen in der Satzart ANZ116bALT_IK, welche die Satzart ANZ116bALT_STEUER voraussetzt, vorgesehen sind.

Darüber hinaus wird das Verfahren nach Teil B Nr. 4 „Übermittlung, Aufbewahrung und Rückspielung bei verzögertem Bereinigungsbeginn“ nicht umgesetzt, da für die betroffenen ASV-Indikationen auch an dieser Stelle die Patientenzahlen in der Satzart ANZASV116b_SUM auf null gesetzt werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil D tritt mit Wirkung zum Lieferquartal 4/2020 in Kraft.