

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

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

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2023

Präambel

Zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. 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), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der ASV-Bereinigung einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen. Dem Aufbau der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) entsprechend, untergliedert sich dieser Beschluss dabei in einen allgemeinen, indikationsübergreifenden Teil sowie indikationsspezifische Festlegungen in Anlagen.

Basierend auf den Ergebnissen der Neuberechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), insgesamt zehn Anlagen ausgetauscht. Die neu berechneten Werte sind erstmals für das Quartal 2/2023 anzuwenden. Ferner werden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche

Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Streichungen von abgelaufenen und somit nicht mehr notwendigen Regelungen vorgenommen.

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Teil A

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur
Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezial-
fachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V
(Rahmenbeschluss)**

mit Wirkung zum 1. Juli 2023

1 Streichung in Nr. 4.4.5.

In Nr. 4.4.5. wird der zweite Absatz gestrichen.

2 Streichung in Nr. 4.4.6.

In Nr. 4.4.6. wird der zweite Satz gestrichen.

Teil B

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 661. 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 zum 1. Juli 2023

1 Streichung in Nr. 7.1

In Nr. 7.1 „Quotierte indikationsspezifische ASV-Bereinigungsmengen im Bereinigungsquartal“ wird der zweite Absatz gestrichen.

2 Streichung in Nr. 7.3

In Nr. 7.3 „ASV-Differenzbereinigungsmengen“ werden die Absätze zwei bis einschließlich fünf gestrichen.

3 Austausch von Anlagen

Die folgenden Anlagen werden 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 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 b: Mukoviszidose

Anlage 2 k: Marfan-Syndrom

Anlage 2 l: Pulmonale Hypertonie

Anlage 2 o: ausgewählte seltene Lebererkrankungen

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	2.235 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.408 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.173 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.894 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	3.067 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.264 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	2.530 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.549 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.649 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.714 Punkten

Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	2.255 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	2.467 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.536 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	2.185 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.095 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.220 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	2.709 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.781 Patienten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.944 Patienten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	312 Patienten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	9.031 Patienten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	5.143 Patienten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	4.606 Patienten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	3.328 Patienten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.321 Patienten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	6.889 Patienten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	9.018 Patienten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	3.641 Patienten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	647 Patienten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.994 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	2.399 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.580 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	2.599 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	4.653 Patienten

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

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

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 onkologische Erkrankungen
der Indikation gynäkologische Tumoren**

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.810 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.569 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	2.310 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	2.317 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.211 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.604 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.928 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	2.099 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.922 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	2.217 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.549 Punkten

Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.879 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.008 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.647 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.829 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.643 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.959 Punkten

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

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	3.234 Patienten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	3.696 Patienten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	752 Patienten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	13.476 Patienten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	10.002 Patienten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	11.099 Patienten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	5.247 Patienten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	3.962 Patienten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	10.934 Patienten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	16.159 Patienten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	8.959 Patienten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	959 Patienten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	2.099 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	4.303 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	3.109 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	4.694 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	7.169 Patienten

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

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

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	1.163 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	915 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.049 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.121 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	956 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	981 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	998 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.061 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.032 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.103 Punkten

Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	984 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.334 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.329 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	758 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.349 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	940 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	933 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

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	705 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	830 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	646 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	744 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	566 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	536 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	522 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	637 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	552 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	690 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	660 Punkten

Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	797 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	680 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	613 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	616 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	518 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	674 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

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	947 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.002 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	762 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	618 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	699 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	468 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	658 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	650 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	905 Punkten

Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	713 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	811 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	966 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	582 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	516 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	602 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

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	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.097 Punkten

Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.097 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.097 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	23 Patienten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	73 Patienten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	31 Patienten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	164 Patienten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	130 Patienten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	252 Patienten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	80 Patienten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	30 Patienten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	165 Patienten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	173 Patienten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	81 Patienten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	28 Patienten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	36 Patienten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	77 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	36 Patienten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	29 Patienten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	110 Patienten

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

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

Anlage 2 b

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

der Indikation Mukoviszidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.432 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.359 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	997 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	986 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.096 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	871 Punkten

Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.223 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	750 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.712 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.183 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.320 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 2 k

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

der Indikation Marfan-Syndrom

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.836 Punkten

Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	1.836 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.836 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

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-Bereinigungsberechnungen gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation pulmonale Hypertonie je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.288 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	1.087 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	1.369 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.368 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	1.100 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	1.068 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	1.229 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	993 Punkten

Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	1.187 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	954 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	980 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	967 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.039 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

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	893 Punkten
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	901 Punkten
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	466 Punkten
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	675 Punkten
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	602 Punkten
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	584 Punkten
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	616 Punkten
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	545 Punkten
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	628 Punkten
Für den KV-Bezirk Bayern	in Höhe von	671 Punkten
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	790 Punkten

Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	676 Punkten
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	633 Punkten
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	562 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	564 Punkten
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	498 Punkten
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	509 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Anpassung der Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2023

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V hat der Bewertungsausschuss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), allgemeine Rahmen- und Verfahrensvorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung und in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), indikationsspezifische Vorgaben für die Umsetzung der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV-Bereinigung) einschließlich der Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmengen durch die regionalen Gesamtvertragspartner beschlossen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Im Zuge der Evaluation des Verfahrens zur Berechnung der ASV-Fallwerte durch das Institut des Bewertungsausschusses wurde ersichtlich, dass eine Modifikation bei der Berechnung der angewandten multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren bei der Bestimmung der ASV-Fallwerte sachgerecht ist. Daher wurde das Matchingverfahren zur Berechnung der multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren geändert und die ASV-Fallwerte mit diesen so veränderten multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktoren neu berechnet. Dies erfolgt zunächst für die zehn ASV-Indikationen, bei denen in mindestens einem KV-Bezirk der Bereinigungszeitraum mit dem Quartal 1/2024 endet. Entsprechend erfolgt für diese ASV-Indikationen die letztmalige Bereinigung der MGV – in den genannten KV-Bezirken ist dies in den Quartalen 2/2023 bis 1/2024 der Fall – mit den durch den vorliegenden Beschluss angepassten ASV-Fallwerten. Hierzu werden die

entsprechenden Anlagen im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ausgetauscht.

Des Weiteren beschließt der Bewertungsausschuss sowohl in seinem Beschluss in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), als auch in seinem Beschluss in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 661. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Streichungen von abgelaufenen und somit nicht mehr notwendigen Regelungen.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 2/2023 in Kraft.