

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 575. 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 560. 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 neuromuskuläre Erkrankungen

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 1/2022

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 560. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 2 d: neuromuskuläre Erkrankungen

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 d

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 575. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

der Indikation neuromuskuläre Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

- | | |
|--|-------------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 577 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 719 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 514 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 598 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 569 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 432 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 593 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 535 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 584 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von 693 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 646 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von 690 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von 574 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von 642 Punkten |

- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 652 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 634 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 488 Punkten

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 560. 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 Kopf- oder Halstumoren

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 1/2022

Präambel

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

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

Ergänzung um eine weitere Anlage

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 560. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wird um die nachfolgende indikationsspezifische Anlage ergänzt.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

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 6

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 575. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die regionalen Gesamtvertragspartner bezogen auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen der Kategorie onkologische Erkrankungen

der Indikation Kopf- oder Halstumoren

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1.654 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1.966 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.743 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1.813 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 866 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1.058 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 962 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 2.056 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1.708 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1.780 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.396 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.406 Punkten |

- | | | |
|--|-------------|---------------|
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1.293 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.222 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.418 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.982 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.608 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 575. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 560. 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 neuromuskuläre Erkrankungen sowie Kopf- oder Halstumoren mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 1/2022

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 560. 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 549. Sitzung am 17. Februar 2021, beschließt der Bewertungsausschuss aufgrund der Konkretisierung der ASV-Richtlinie und Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu neuen Indikationen, die im Rahmen der ASV behandelt werden können, hiermit ASV-Bereinigungsfallwerte 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 neuromuskuläre Erkrankungen sowie Kopf- oder Halstumoren.

3. Inkrafttreten

Die Beschlussteile A und B treten mit Wirkung zum Bereinigungsquartal 1/2022 in Kraft.