

B E S C H L U S S

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

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

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

Präambel

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

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

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

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

Protokollnotiz:

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

Teil A

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

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

1 Anpassung von Nr. 2.7

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

2 Anpassung von Nr. 4.4.6

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

Teil B

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des
Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V
in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V
für die regionalen Gesamtvertragspartner**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

1 Neufassung von Nr. 5.1

Nr. 5.1 wird wie folgt neu gefasst: „Ausgangsbasis ist die tatsächliche ASV-Patientenzahl auf Grundlage der Datenlieferung nach Nr. 2 Satz 1 für das jeweilige Bereinigungsquartal, getrennt für die drei Teamarten „ausschließlich Vertragsärzte“, „ausschließlich Krankenhausärzte“ und „gemischtes Team“.

Bis zum Bereinigungsquartal 1/2024 einschließlich gilt dabei zusätzlich folgendes: Für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr sind abweichend die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Sofern es eine indikationsspezifische Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) gab und der Bereinigungszeitraum über das vierte Bereinigungsjahr hinausreicht, sind hiervon abweichend für Bereinigungsquartale nach dem jeweils vierten Bereinigungsjahr, die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-Richtlinienbeschlusses als Ausgangsbasis zu verwenden.“

2 Neufassung von Nr. 7.2

Nr. 7.2 wird wie folgt neu gefasst: „Die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals sind die im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 7.1 bereits bestimmten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen. Die Gesamtvertragspartner schreiben diese um die jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie um die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Vorvorjahresquartal und dem Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals fort.

Kommen nach Ablauf des ersten Bereinigungsjahres in einem Bereinigungsquartal für Änderungen der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüber dem Vorjahresquartal angepasste ASV-Fallwerte (in Punkten) zur Anwendung,

- a) die der Bewertungsausschuss in Nr. 3 der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss entsprechend beschlossen hat (Nr. 6.1 Absatz 1) oder
- b) über die sich die regionalen Gesamtvertragspartner gemäß Nr. 6 einvernehmlich verständigt haben (Nr. 6.1 Absatz 2),

ist oder sind diese abgrenzungsbedingte(n) Anpassung(en) auch in den quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zu berücksichtigen. Dafür werden die quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals zusätzlich

- im Falle von Anpassungen gemäß lit. a) mit dem in diesen Fällen in der jeweiligen Anlage zu diesem Beschluss zusammen mit dem Anwendungszeitraum aufgeführten **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor** multipliziert (wird kein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor ausgewiesen bzw. liegt das Bereinigungsquartal außerhalb des vorgegebenen Anwendungszeitraums, ist ein MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 zu verwenden) sowie
- für Anpassungen gemäß lit. b) zusätzlich mit dem Quotienten aus
 - i. dem Quotienten des im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Bereinigungsquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Bereinigungsquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwert und
 - ii. dem Quotienten des im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten ASV-Fallwerts und dem für das Vorjahresquartal vom Bewertungsausschuss nach der im Vorjahresquartal geltenden indikationsspezifischen Anlage Nr. 3 vorgegebenen ASV-Fallwertmultipliziert. Bei der Quotientenbildung nach ii. sind abweichend anstelle der Werte des Vorjahresquartals die Werte des Bereinigungsquartals zu verwenden, wenn im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde.

Auf diese Weise erhalten die Gesamtvertragspartner die unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MGV-Abgrenzung **fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal** des Bereinigungsquartals.

Wurde im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals kein Wert gemäß Nr. 7.1 bestimmt, so sind die fortentwickelten quotierten indikationsspezifischen ASV-Bereinigungsmengen im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gleich Null.“

3 Austausch der Technischen Anlage 1

Der technische Anhang 1 wird durch die folgenden Vorgaben ersetzt:

| | | | |
|--|---|---|-------|
| Bestimmung der bereinigungsrelevanten ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal | 1 | Anzahl ASV-Patienten in ausschließlich vertragsärztlichen Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 1) | y_t |
| | 2 | Anzahl ASV-Patienten in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams im Bereinigungsquartal. Sofern bis zum Abrechnungsquartal 1/2024 einschließlich eine Bereinigung gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 2 über das vierte Jahr hinaus erfolgt, sind gemäß Beschluss des 420. BA oder entsprechender Folgebeschlüsse (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 5.1 als tatsächliche ASV-Patientenzahl die Werte der entsprechenden Kalenderquartale des vierten Bereinigungsjahres als Ausgangsbasis zu verwenden. Im Falle einer indikationsspezifischen Entsprechung nach § 116b SGB V (alt) sind die Werte der entsprechenden Kalenderquartale bis zum Ablauf des fünften vollen Jahres nach Inkrafttreten des entsprechenden G-BA-ASV-RL-Beschlusses zu verwenden – z. B. bei der Indikation Tuberkulose die Werte der Quartale 3/2018 bis 2/2019. (gemäß ANZASV116b_IK, Art des ASV-Teams = 2 und 3) | x_t |
| | 2a | Indikationsspezifischer Anteilswert ($0 < g \leq 1$) (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 5.2 lit b in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen Anteilswert vor, so wird ein indikationsspezifischer Anteilswert von 0,5 verwendet) | g |
| | 3 | Anzahl der nach § 116b (alt) historisch behandelten Patienten (gemäß ANZ116bALT_SUM) | Z_0 |
| | 4 | Anpassungsfaktor zur Umrechnung der Anzahl der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten in eine entsprechende Anzahl an ASV-Patienten | f |
| | 5 | 1. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (1 - Nr. 2a) x (Nr. 2 - Nr. 4 x Nr. 3 / Nr. 2a) | |
| | 6 | 2. Zwischenschritt bei der Anrechnung der gemäß § 116b SGBV (alt) behandelten Patienten im Bereinigungsquartal (Nr. 2a x Nr. 2) + max{0, Nr. 5} | |
| | 7 | Zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl im Bereinigungsquartal (Nr. 1 + Nr. 6) $w_t = y_t + g \cdot x_t + \max(0, (1 - g) \cdot \left(x_t - \frac{f \cdot Z_{t0}}{g}\right))$ | w_t |
| | 8 | Patientenzahl-Höchstwert (gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Anlage Nr. 4) | |
| 9 | Bereinigungsrelevante ASV-Patientenzahl: zu berücksichtigende ASV-Patientenzahl nach Höchstwertbegrenzung (min{Nr. 7, Nr. 8}) | | |
| Bestimmung des regionalen ASV-Bereinigungswertes im Bereinigungsquartal | 10 | Im Bereinigungsquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten), sofern zutreffend unter Berücksichtigung der regional vereinbarten MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals (gemäß Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 oder sofern zutreffend gemäß 2. Absatz von Nr. 6 des Beschlusses des 420. BA) | |
| | 10a | MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor (Vorgabe durch den Bewertungsausschuss gemäß 420. BA Nr. 7.2 lit a in den indikationsspezifischen Anlagen des 420. BA, Anlage Nr. 6; Gibt der Bewertungsausschuss keinen indikationsspezifischen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor vor, so wird ein indikationsspezifischer MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 verwendet) | |
| | 10b | Im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeter ASV-Fallwert (in Punkten) Entspricht Nr. 10 der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10 des Bereinigungsquartals einzutragen | |
| | 10c | ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Bereinigungsquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 | |
| | 10d | ASV-Fallwert (in Punkten) gemäß dem für das Vorjahresquartal geltenden Beschluss des 420. BA, Anlage Nr. 3 Entspricht Nr. 10c der Vorjahresquartalsberechnung; falls im Vorjahresquartal noch keine Bereinigung durchgeführt wurde, ist Nr. 10c des Bereinigungsquartals einzutragen | |
| | 11 | (Multiplikativ verknüpfte) Veränderungsrate(n) VR gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 6 für das Folgejahr der Datengrundlage für den ASV-Fallwert bis zum Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %] | |
| | 12 | Regionaler ASV-Bereinigungswert im Bereinigungsquartal (in Punkten) (Nr. 10 x Nr. 11) | |
| Bestimmung der ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal | 13 | Abstaffelungsquote im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.1 | |
| | 14 | ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 12 x Nr. 9) | |
| | 15 | Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 14 x Nr. 13) | |
| | 16 | Quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals Entspricht Nr. 15 der Vorjahresquartalsberechnung | |
| | 17 | Veränderungsrate gemäß Beschluss des 420. BA (Vorgaben für die regionalen Gesamtvertragspartner), Nr. 7.2 vom Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals auf das Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals [VR ist in der Form: 1,05 anzugeben, nicht 5 %] | |
| | 18 | Fortentwickelte quotierte ASV-Bereinigungsmenge im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals unter Berücksichtigung einer ggf. geänderten MGV-Abgrenzung (Nr. 16 x Nr. 17 x Nr. 10a x (Nr. 10 / Nr. 10c) / (Nr. 10b / Nr. 10d)) | |
| | 19 | ASV-Differenzbereinigungsmenge im Bereinigungsquartal (Nr. 15 - Nr. 18) | |

4 Austausch von Anlagen

Die folgenden Anlagen werden ausgetauscht:

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4: Hauttumoren

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

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

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

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren

Anlage 1 c: chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Anlage 2 c: Hämophilie

Anlage 2 d: Neuromuskuläre Erkrankungen

Anlage 2 e: Sarkoidose

Anlage 2 h: Morbus Wilson

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

Folgender Absatz wird ergänzt als **Nr. 6 MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor**:

„Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.“

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

Folgender Absatz wird ergänzt als **Nr. 6 MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor**:

„Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.“

7 Streichung in Anlage 2 b

In Nr. 2 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

8 Streichung in Anlage 2 k

In Nr. 2 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 4

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1.241 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1.815 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.040 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1.242 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 741 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 687 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 865 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1.720 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1.174 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1.180 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 891 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.040 Punkten |

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1.235 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 906 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.293 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.794 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 2.635 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

| | | |
|--|-------------|-------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1,008 |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1,004 |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1,005 |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1,003 |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1,002 |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1,005 |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1,003 |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1,008 |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1,001 |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1,001 |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1,005 |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1,011 |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1,015 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1,017 |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1,011 |

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 5

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 3.169 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 2.922 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 2.433 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 3.477 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 3.400 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 2.936 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 3.048 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 3.031 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 2.989 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 3.226 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 2.477 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 3.056 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 2.657 Punkten |

| | | |
|----------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 2.213 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 3.403 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 2.388 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 3.253 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|-----------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 727 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 702 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 121 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 3.413 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 2.927 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 3.680 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.139 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1.312 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 2.403 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 3.357 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.542 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 285 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 647 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 901 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 519 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 468 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.321 Patienten |

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

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,80** verbindlich vor.

6. **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor**

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

| | | |
|--|-------------|-------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1,023 |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1,098 |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1,053 |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1,021 |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1,032 |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1,006 |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1,005 |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1,013 |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1,036 |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1,022 |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1,020 |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1,016 |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1,027 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1,100 |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1,027 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1,053 |

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 6

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1.963 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 2.316 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 2.053 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 2.145 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1.019 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1.246 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.131 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 2.474 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 2.024 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 2.151 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.642 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.669 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1.522 Punkten |

| | | |
|----------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.454 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.716 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 2.335 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.893 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

6. **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor**

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) sowie der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

| | | |
|--|-------------|-------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1,008 |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1,005 |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1,001 |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1,001 |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1,021 |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1,006 |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1,026 |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1,008 |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1,011 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1,027 |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1,000 |

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 7

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

der Indikation Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1.596 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 2.406 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.918 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1.997 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 2.009 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1.590 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.576 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1.590 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1.969 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1.906 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.529 Punkten |

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.205 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1.411 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.677 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.918 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.918 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 2.610 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 134 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 131 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 31 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 674 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 670 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 437 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 156 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 202 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 458 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 641 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 300 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 48 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 124 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 164 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 134 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 86 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 335 Patienten |

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

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

6. **MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor**

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Juli 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 4) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses folgende in den Bereinigungsquartalen 3/2023 bis 2/2024 verbindlich zu verwendende MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktoren je KV-Bezirk vor:

| | | |
|--|-------------|-------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1,008 |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1,055 |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 1,050 |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1,025 |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1,051 |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1,109 |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 1,095 |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1,028 |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1,044 |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1,000 |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1,095 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1,055 |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1,055 |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1,046 |

Anlage 1.1 a, Tumorgruppe 8

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 1.488 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 2.005 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 1.773 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 1.901 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1.607 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 2.095 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 2.076 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.870 Punkten |

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.870 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.698 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 43 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 31 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 10 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 263 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 106 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 137 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 101 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 89 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 216 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 168 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 63 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 24 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 33 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 25 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 24 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 39 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 104 Patienten |

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

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss für die Umrechnung von der Anzahl der gemäß § 116b SGB V (alt) behandelten Patienten in die entsprechende Anzahl an ASV-Patienten **den Faktor in Höhe von 0,94** verbindlich vor.

Anlage 1.1 c

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 718 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 797 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 543 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 588 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 553 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 507 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 706 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 612 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 596 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 719 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 605 Punkten |

| | | |
|--|-------------|-------------|
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 714 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 583 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 550 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 537 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 605 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 522 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|------------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 6.703 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 4.698 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.587 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 19.073 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 17.522 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 19.152 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 11.403 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 8.196 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 18.264 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 23.292 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 7.724 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 2.560 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 3.563 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 5.842 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 4.846 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 4.934 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 9.149 Patienten |

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

Abweichend vom Vorgehen wie in Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung beschrieben, wurde kein Umrechnungsfaktor ermittelt, da es für die Indikation chronisch entzündliche Darmerkrankungen keine Festlegungen in der ABK-Richtlinie gibt.

Anlage 2 c

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

der Indikation Hämophilie

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 3.111 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 3.111 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 3.111 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 3.354 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 3.274 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 3.436 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 3.327 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 2.931 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 3.173 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 2.940 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 5.280 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 3.111 Punkten |

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 3.111 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 3.841 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 3.111 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 1.319 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 2.022 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 4 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 27 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 29 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 528 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 434 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 959 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 227 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 154 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 290 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 190 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 197 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 16 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 97 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 109 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 182 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 122 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 484 Patienten |

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Anlage 2 d

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

der Indikation neuromuskuläre Erkrankungen

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 909 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1.134 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 811 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 942 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 896 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 678 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 934 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 843 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 920 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 1.093 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.019 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 1.088 Punkten |

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 903 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.011 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 1.027 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 998 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 769 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

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

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

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

Anlage 2 e

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

der Indikation Sarkoidose

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 906 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 906 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 776 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 892 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 822 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 783 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 876 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 1.000 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 875 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 882 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 826 Punkten |

| | | |
|--|-------------|-------------|
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 934 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 764 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 790 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 866 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 811 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 804 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|-----------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 943 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 908 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 227 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 2.670 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 2.464 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 2.788 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 1.368 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 993 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 2.101 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 2.499 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 1.072 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 219 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 784 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 1.375 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 959 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 913 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 1.765 Patienten |

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

Abweichend vom Vorgehen wie in Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung beschrieben, wurde kein Umrechnungsfaktor ermittelt, da es für die Indikation Sarkoidose keine Festlegungen in der ABK-Richtlinie gibt.

Anlage 2 h

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

der Indikation Morbus Wilson

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 999 Punkten |

| | | |
|--|-------------|-------------|
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 999 Punkten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 999 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 13 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 10 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 10 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 58 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 82 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 70 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 61 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 25 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 76 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 117 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 36 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 10 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 294 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 22 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 36 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 10 Patienten |
| Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 37 Patienten |

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

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

6. MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Überführung der Leistungen der Gebührenordnungspositionen 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 01. Januar 2023 (zuletzt Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Teil B Nr. 3) gibt der Bewertungsausschuss auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses einen MGV-Abgrenzungs-Anpassungsfaktor von 1,0 vor.

Teil C

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsaus-
schusses in seiner 684. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
zu indikationsspezifischen Vorgaben zur Bereinigung des
Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher
Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V
in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V
für die regionalen Gesamtvertragspartner
zur Indikation Multiple Sklerose**

mit Wirkung ab dem Bereinigungsquartal 3/2023

Ergänzung um eine weitere Anlage

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

Anlage 1.2 a: Multiple Sklerose

Anlage 1.2 a

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

1. Verwendetes Datenjahr der Geburtstagsstichprobe

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

2. Verwendetes Quartal der ARZTRG87aREG-Daten

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

3. ASV-Fallwert

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

| | | |
|--|-------------|---------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 839 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 1.190 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 866 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 872 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 834 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 786 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 791 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 802 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 951 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 966 Punkten |

| | | |
|--|-------------|-------------|
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 876 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 780 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 957 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 663 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 968 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 860 Punkten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 746 Punkten |

4. Patientenzahl-Höchstwert

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

| | | |
|--|-------------|------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 6.544 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von | 3.622 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von | 1.772 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von | 18.069 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von | 15.209 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von | 17.008 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von | 9.918 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von | 6.397 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von | 22.119 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Bayern | in Höhe von | 23.797 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von | 6.928 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von | 2.111 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 2.876 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von | 3.523 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von | 3.978 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von | 3.675 Patienten |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von | 5.734 Patienten |

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

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

Entscheidungserhebliche Gründe

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

1. Rechtsgrundlage

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

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

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

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

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

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

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

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

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

3. Inkrafttreten

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