

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015**

**zu Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs auf-
grund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß
§ 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5
Satz 7 SGB V für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und
Tumoren der Bauchhöhle**

mit Wirkung zum 23. Juni 2015

Präambel

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV). Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 allgemeine Verfahrensvorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung durchschnittlicher indikationsspezifischer und KV-spezifischer historischer Leistungsmengen je Patient beschlossen. Mit Beschluss in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die entsprechenden Berechnungsvorgaben für das Institut des Bewertungsausschusses für die Indikation *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* konkretisiert und das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung von Berechnungen auf der Grundlage dieser indikationsspezifischen Vorgaben beauftragt.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat auf Basis der Vorgaben des Bewertungsausschusses Berechnungen durchgeführt und das Ergebnis dem Bewertungsausschuss vorgelegt.

1. Durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von 291 €
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von 283 €
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von 298 €
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von 367 €
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von 279 €
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von 391 €
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von 280 €
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von 282 €
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von 281 €
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von 288 €
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von 267 €
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von 252 €
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von 303 €
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von 265 €
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von 312 €
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von 281 €
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von 340 €

2. Umrechnungsfaktor von § 116b (alt) SGB V zu § 116b (neu) SGB V-Patienten

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss den Umrechnungsfaktor von § 116b (alt) SGB V zu § 116b (neu) SGB V-Patienten in Höhe von 0,43 verbindlich vor.

3. Faktor zur Vermeidung einer Mehrfachzählung der Versicherten aufgrund ICD-Kodes die mehrere Erkrankungen konkretisieren

Der Bewertungsausschuss gibt den gemäß Abschnitt 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu verwendenden Faktor zur Vermeidung einer Mehrfachzählung der Versicherten aufgrund ICD-Kodes, die mehr als eine Erkrankung konkretisieren, in Höhe von 0,75 verbindlich vor.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 zu 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 Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Wirkung zum 23. Juni 2015

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) zu beschließen und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient den Gesamtvertragspartnern verbindlich mitzuteilen.

2. Regelungsinhalte

Die Präambel informiert darüber, dass die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle vom Institut des Bewertungsausschusses auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben errechnet wurde.

In Abschnitt 1 des Beschlusses werden auf Basis der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses und unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten die durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vorgegeben. In den durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist der bundeseinheitliche Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme sowie der bundeseinheitliche multimorbiditätsbedingte Anpassungsfaktor gemäß Abschnitt 5 und Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) be-

rücksichtigt. Der Bewertungsausschuss hat festgestellt, dass die Stichproben in allen KV-Bezirken ausreichend groß sind. Daher werden für alle KV-Bezirke die KV-spezifischen Werte vorgegeben und für keinen KV-Bezirk der Bundeswert.

In Abschnitt 2 des Beschlusses wird der Umrechnungsfaktor von § 116b (alt) SGB V zu § 116b (neu) SGB V-Patienten auf Basis der Berechnungen des Instituts verbindlich vorgegeben.

Tabelle 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) listet einige („unscharfe“) ICD-Kodes auf, die zur Identifikation der Patienten genutzt werden, die an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankt sind, die jedoch nicht eindeutig für diese Indikation sind. Daher besteht die Möglichkeit, dass Patienten, die ausschließlich aufgrund dieser unscharfen ICD-Kodes als Quartalspatienten identifiziert werden, nicht nur als Patient dieser Indikation gezählt werden, sondern auch als Patient einer weiteren oder gar mehrerer weiterer Indikationen. In Abschnitt 3 des Beschlusses wird der Faktor zur Vermeidung einer Mehrfachzählung der Versicherten bei der Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals aufgrund der Indikation behandelten Versicherten gemäß Abschnitt 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verbindlich vorgegeben. Der Faktor von 0,75 ist so zu interpretieren, dass 25 Prozent der Patienten, die ausschließlich aufgrund solcher unscharfen ICD-Kodes als Quartalspatient identifiziert worden sind, tatsächlich auch Patienten sind, die an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankt sind. Die übrigen 75 Prozent dieser Patienten sind an weiteren Tumoren erkrankt.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 23. Juni 2015 in Kraft.