

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

über indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulant spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für die Indikation Gynäkologische Tumoren

mit Wirkung zum 1. Februar 2017

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V beschlossen. Dieser Beschluss sieht unter anderem vor, dass der Bewertungsausschuss die verbindlich vorzugebende durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient auf Grundlage von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses beschließt.

Im vorliegenden Beschluss macht der Bewertungsausschuss Vorgaben zu den entsprechenden Berechnungen für die Indikation *Gynäkologische Tumoren* gemäß Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Dezember 2015. Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der Durchführung der Berechnungen auf Basis dieser Vorgaben beauftragt.

1. Datengrundlage

1.1 Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“)

Datengrundlage für die Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von

Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde, einschließlich der arztbezogenen Ergänzung für das Jahr 2014 gemäß Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden auch die gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 15. März 2016 einbezogen.

Ausgehend von den nach den Vorgaben der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung mit Stand 15. März 2016 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für das Jahr 2014 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. Darüber hinaus werden auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, die nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

1.2 Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Für die Abgrenzung der Leistungsmenge für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung werden die ARZTRG87aREG-Daten des Abrechnungsquartals 2/2016 verwendet.

1.3 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Für die Versicherten in der Geburtstagsstichprobe gemäß Abschnitt 1.1 werden unter Berücksichtigung von Abschnitt 2.2 und Abschnitt 2.3 quartals-, KV-, alters- und geschlechtsgruppenspezifische demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) ermittelt. Der demografische Hochrechnungsfaktor der Alters- und Geschlechtsgruppe AG in einem Quartal und in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung berechnet sich wie folgt:

$$DHF_{AG,KV,Quartal} = \frac{N_{AG,KV,Quartal}}{n_{AG,KV,Quartal}}$$

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Quartal}$ werden gemäß Abschnitt 1.1, differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppe, Quartal und Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmt. $N_{AG,KV,Quartal}$ steht für die Zahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe AG in einem Quartal und in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung in der Grundgesamtheit der Versicherten. Dieser Wert errechnet sich wie folgt aus den Daten der ANZVER- und KM6-Statistiken:

$$N_{AG,KV,Quartal} = \frac{\text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}} \cdot \text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{KV,Quartal}$$

2. Allgemeine Festlegungen

2.1 Analysezeitraum

Die Berechnungen erfolgen grundsätzlich auf Basis der einzelnen Quartale des Jahres 2014 (Analysejahr). Sofern nicht anders beschrieben, ist im vorliegenden Beschluss stets die Euro-Gebührenordnung des Jahres 2014 gemeint, wenn von der Euro-Gebührenordnung gesprochen wird.

2.2 Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt quartalspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen:

Es wird in allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 je Quartal und Versicherten eine KV-Nr. wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nr. des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt.
- Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nr. des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 4. Januar 2016) ihren Sitz hat.

Bei der Zuordnung einer KV-Nr. zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

1. Wurde einem Versicherten in allen seinen Datensätzen der Satzart 201 durch die obige Vorschrift jeweils die gleiche KV-Nummer zugeordnet, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten

KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.

3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nr. des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

2.3 Bestimmung und Ausschluss von Teilnehmern an Selektivverträgen

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn dieser Versicherte mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Nr. 1.1 aufweist. Nimmt ein Versicherter in mindestens einem Quartal des Analysejahres an einem Selektivvertrag teil, dann wird er von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen und im Rahmen der demografischen Hochrechnung auf die KM6-Statistik berücksichtigt.

2.4 ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

Zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten in den Daten werden die in Tabelle 1 genannten ICD-Codes verwendet.

2.5 Arztgruppenzuordnung

In der Spezifizierung des Behandlungsumfangs (Appendix) der Konkretisierung *Gynäkologische Tumoren* der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V werden zum Teil Arztgruppen benannt, die sich nicht ohne Weiteres in den ärztlichen Abrechnungsdaten wiederfinden. Die im Appendix genannten Arztgruppen werden daher gemäß der Zuordnung in Tabelle 3 der Anlage in die Arztgruppen überführt, die in den ärztlichen Abrechnungsdaten geläufig sind.

2.6 Arztgruppenspezifität

Leistungen im Appendix aus den Kapiteln 1, 2 und 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-Leistungsbedarfs berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe gemäß dem Appendix diese Leistungen innerhalb der ASV abrechnen kann. Leistungen im Appendix aus allen weiteren Kapiteln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-Leistungsbedarfs berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe im Appendix genannt wird.

2.7 MGV-Abgrenzung

Es werden ausschließlich Leistungen berücksichtigt, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Ziffer 1.2 zuzuordnen sind. Die ARZTRG87aREG-Daten des Quartals 2/2016 werden dabei um Gebührenordnungspositionen des Jahres 2014 ergänzt, die vom Leistungsinhalt mit einer Gebührenordnungsposition des Quartals 2/2016 identisch sind und gemäß Ziffer 1.2 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

2.8 Berücksichtigung von Pseudo-Ziffern

Regional vereinbarte Gebührenordnungspositionen (Pseudo-Ziffern) werden nicht berücksichtigt.

2.9 Berücksichtigung von Grundpauschalen

Es werden folgende Varianten berechnet:

Variante 1:

Alle im Appendix genannten Grundpauschalen (Gebührenordnungspositionen 08211, 08212, 13491, 13492) und Konsiliarpauschalen (Gebührenordnungspositionen 12210, 12220, 12225, 17210, 19210, 24211, 24212, 25211, 25214) werden in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt.

Variante 2:

Alle im Appendix genannten Grundpauschalen (Gebührenordnungspositionen 08211, 08212, 13491, 13492) werden nur in halber Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Alle im Appendix genannten Konsiliarpauschalen (Gebührenordnungspositionen 12210, 12220, 12225, 17210, 19210, 24211, 24212, 25211, 25214) werden in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt.

2.10 Berücksichtigung von neuen und modifizierten Leistungen im Appendix

Nicht im Appendix genannte Grundpauschalen von hinzuziehenden Ärzten entsprechend den Gebührenordnungspositionen 05211, 05212, 07211, 07212, 11211, 11212, 13291, 13292, 13341, 13342, 13391, 13392, 13541, 13542, 13591, 13592, 16211, 16212, 22211, 22212, 23211, 23212, 23214, 26211, 26212 werden in Höhe einer Konsultationspauschale gemäß Euro-Gebührenordnung (1,82 Euro) berücksichtigt.

Bei der Leistungsmengenermittlung nach Abschnitt 4 und 6 sind zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen des Appendix die Gebührenordnungsposition 86512, und wenn in Kombination mit der Gebührenordnungsposition 86512 abgerechnet, die Gebührenordnungspositionen 86516 und 86518 zu berücksichtigen.

Die oben genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten werden bei der Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge bei jedem Quartalspatienten je Arztgruppe höchstens einmal berücksichtigt.

Bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors (MMF) gemäß Abschnitt 6.1.3 werden die oben genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten nicht berücksichtigt.

2.11 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

Leistungen aus Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden gemäß Abschnitt 7 bis 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 berücksichtigt. Zusätzlich werden zur Abbildung der Anpassungen im Bereich Humangenetik zum 1. Juli 2016 die Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 je ASV-Patient und Jahr bis zu einem Höchstwert von 24.914 Pkt. berücksichtigt. Wenn dieser Höchstwert erreicht wird, ist eine Quote Höchstwert dividiert durch Leistungsbedarf zu bilden und auf den jeweiligen Quartalspatientenwert anzuwenden.

Die Gebührenordnungsposition 32097 EBM wird mit der ab 1. Oktober 2016 geltenden Bewertung in Höhe 19,40 Euro berücksichtigt.

3. Bestimmung der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

Die Identifikation der Versicherten, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind, erfolgt in der Datengrundlage getrennt für jedes Quartal des Analysejahres. In einem Quartal des Analysejahres gilt ein Versicherter genau dann als an einem gynäkologischen Tumor erkrankt (Quartalspatient), wenn

- der Versicherte spätestens in diesem Quartal das 18. Lebensjahr vollendet hat

und

- in diesem Quartal (Validierungszeitraum) mindestens eine der folgenden Gebührenordnungspositionen von einem Arzt einer der in Tabelle 3 der Anlage genannten Abrechnungsgruppen abgerechnet worden ist: 25320, 25321, 25330, 25331, 25333, 86512, 96501, 96503 oder 96504 (Validierungs-Gebührenordnungspositionen)

und

- in diesem Quartal in mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten, in dem ein Arzt einer der in Tabelle 3 der Anlage genannten Abrechnungsgruppen unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6 eine im Appendix aufgeführte Gebührenordnungsposition (unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7) abgerechnet hat, findet sich einer der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

Versicherte, die ausschließlich über unspezifische ICD-Codes aus Tabelle 2 als an einem gynäkologischen Tumor erkrankt identifiziert werden, müssen zusätzlich die Bedingung erfüllen, dass für sie kein spezifischer ICD-Code für einen anderen (nicht-gynäkologischen) Tumor gemäß Tabelle 5 kodiert sein darf.

4. Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

Die historische Leistungsmenge der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten (Quartalspatienten) gemäß Nr. 3 Absatz 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 wird für alle Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 berechnet

- unter Berücksichtigung der Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2.5
- unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6
- unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7
- unter Verwendung ggf. zu berücksichtigender Pseudo-Ziffern gemäß Abschnitt 2.8
- unter Berücksichtigung der Grundpauschalen gemäß Abschnitt 2.9
- unter Berücksichtigung des Umgangs mit neuen und modifizierten Leistungen im Appendix gemäß Abschnitt 2.10
- unter Berücksichtigung von Bewertungseffekten gemäß 2.11
- unter ausschließlicher Berücksichtigung von

- a. Behandlungsfällen mit einer in Abschnitt 2.4 aufgeführten Diagnose mit dem Zusatz gesicherte Diagnose und/oder
- b. Behandlungsfällen mit dem Diagnosecode UUU der ausschließlich auftragnehmenden Ärzte der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie und Strahlentherapie und/oder
- c. Behandlungsfällen mit dem Diagnosecode UUU von Ärzten der Abrechnungsgruppe Humangenetik.

Es wird der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Durchschnitt dieser historischen Leistungsmengen je Quartalspatient berechnet. Dieser Durchschnitt wird sowohl KV-spezifisch als auch für alle KV-Bezirke gemeinsam (Bundesdurchschnitt) berechnet.

5. Mehrfachinanspruchnahme

Für die Ermittlung einer Mehrfachinanspruchnahme werden ausschließlich die Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 4 Nr. 8 berücksichtigt. Eine Mehrfachinanspruchnahme liegt vor, wenn bei einem Quartalspatienten in den in Satz 1 genannten Behandlungsfällen eine der folgenden Gebührenordnungspositionen (ohne Berücksichtigung von Suffixen und unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7) in einem Quartal durch mindestens zwei verschiedene Ärzte abgerechnet wird: 01510, 01511, 01512, 08345, 11440, 11441, 13500, 13502, 34270, 34360, 86512, 86516.

Für jede Gebührenordnungsposition eines Quartalspatienten, für die eine Mehrfachinanspruchnahme festgestellt wird, wird anschließend unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6

- a. der Leistungsbedarf dieser Gebührenordnungsposition aller Ärzte bei diesem Quartalspatient und
- b. der Leistungsbedarf dieser Gebührenordnungsposition des Arztes, der diese Gebührenordnungsposition am häufigsten von allen Ärzten bei diesem Quartalspatient abgerechnet hat,

ermittelt. Der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Durchschnitt der Differenzen aus a) und b) aller Quartalspatienten ergibt den bundeseinheitlichen Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme.

6. Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten und der Vergleichsversicherten zur Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

6.1 Allgemeine Festlegungen

6.1.1 Abgrenzung der potenziellen Vergleichsversicherten

Zur Menge der potenziellen Vergleichsversicherten in einem Quartal des Analysejahres gehören alle Versicherten, die alle folgenden Bedingungen erfüllen:

1. In diesem Quartal hat der Versicherte das 18. Lebensjahr vollendet.
2. In diesem Quartal findet sich in den Daten für den Versicherten keine Diagnose beginnend mit einem C (bösartige Neubildungen) sowie keine der folgenden ICD-Codes: D05.1, I97.2, Z08.9, Z12.3, Z12.9, Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.5, Z51.82, Z90.1, Z90.7, Z95.81.
3. In diesem Quartal ist der Appendix-MGV-Leistungsbedarf gemäß Abschnitt 6.1.2 größer als null.

6.1.2 Ermittlung des individuellen Appendix-MGV-Leistungsbedarfs

Der individuelle Appendix-MGV-Leistungsbedarf wird

1. unter Berücksichtigung der Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2.5,
 2. unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6
 3. unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7
 4. unter Verwendung ggf. zu berücksichtigender Pseudo-Ziffern gemäß Abschnitt 2.8
 5. unter Berücksichtigung der Grundpauschalen gemäß Abschnitt 2.9
 6. unter Berücksichtigung des Umgangs mit neuen und modifizierten Leistungen im Appendix gemäß Abschnitt 2.10
- quartalsweise ermittelt.

6.1.3 Ermittlung des bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

Die in den Abschnitten 6.2 und 6.3 näher beschriebenen Verfahren spielen den Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 Versicherte aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 6.1.1 zu, die gemäß den unten beschriebenen Matchingverfahren den Quartalspatienten hinreichend ähnlich sind. Wenn zu einem Quartalspatienten kein Versicherter aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten gefunden werden kann, der hinreichend ähnlich ist, dann wird dieser Quartalspatient bei der Bestimmung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors nicht berücksichtigt.

Für jeden Quartalspatienten i der n Quartalspatienten, für den mindestens ein Versicherter aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten mit hinreichend ähnlicher Komorbidität gefunden werden kann (*matchbare Quartalspatienten*), wird der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete durchschnittliche Appendix-MGV-Leistungsbedarf gemäß Abschnitt 6.1.2 der

hinzugespielten Vergleichsversicherten berechnet (LB_i^{VV}) und mit dem demografischen Hochrechnungsfaktor des i-ten Quartalspatient (DHF_i) multipliziert. Die Summe dieser n Werte wird auf folgende Weise ins Verhältnis zur Summe des mit dem demografischen Hochrechnungsfaktor multiplizierten (DHF_i) Appendix-MGV-Leistungsbedarfs (LB_i) der n matchbaren Quartalspatienten gesetzt und so der multimorbiditätsbedingte Anpassungsfaktor (MMF) bestimmt:

$$MMF = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n LB_i^{VV} \cdot DHF_i}{\sum_{i=1}^n LB_i \cdot DHF_i}$$

6.2 Verfahren auf Basis des Risikowertes

6.2.1 Klassifikation und MGV-Abgrenzung zur Ermittlung der Kostengewichte

Für alle Versicherten werden unter Verwendung des zeitgleichen Klassifikationssystems z09a quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) bestimmt, wobei die CC201 „Non-CW-CC“ ausgeschlossen wird. Hierbei werden die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Behandlungsfälle ausgeschlossen.

Anschließend erfolgt die Ermittlung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs je verbliebenen Versicherten gemäß Abschnitt 2.2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 auf Quartalsebene.

6.2.2 Ermittlung von Kostengewichten

Grundlage ist ein multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der quartalsweise morbiditätsbedingte Leistungsbedarf (Leistungsquartal) jedes Versicherten. Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells bestimmen sich aus den quartalsweisen unkomprimierten Risikokategorien (CCs) des zeitgleichen Klassifikationssystems z09a, einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen.

Eventuell auftretende negative oder insignifikante (p-Wert $\geq 0,05$) Kostengewichte der Risikokategorien werden in einem zweiten Schritt innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

1. Bei negativen Kostengewichten von CCs:

- a. Die CC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) gleich null setzen (dazu vorläufige Kostengewichte verwenden); erneute Regression.
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis alle CCs ein positives Gewicht haben (bzw. die CCs gleich null gesetzt sind).
2. Bei insignifikanten Kostengewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) von CCs:
- a. Die CC mit dem größten p-Wert gleich null setzen (dazu vorläufige p-Werte aus letztem Schritt von 1 bzw. letzten Schritt von 2 verwenden); erneute Regression.
 - b. Schritt a wird solange wiederholt, bis alle CCs ein signifikantes Kostengewicht haben (bzw. die CCs gleich null gesetzt sind).
3. AGG mit negativen bzw. insignifikanten Kostengewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGG mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AGG (nächstältere AGG, falls die jüngste AGG betroffen ist) zusammengefasst und nach jedem Ausschluss eine erneute Regression durchgeführt.

Ist nach Abschluss von Schritt 3 eine CC oder sind mehrere CCs negativ (bzw. insignifikant), so wird der Algorithmus ab Schritt 1 erneut durchlaufen.

4. Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGGs und CCs.

Nach der Kalibrierung verbleiben stets CCs und AGG mit positiven und signifikanten Kostengewichten im Modell. Diese werden als Kovariate des Modells bezeichnet. Die aus Schritt 4 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige Kostengewichte bezeichnet.

6.2.3 Bestimmung der ökonomisch relevanten CCs

Für jeden Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 werden erneut unter Verwendung des zeitgleichen Klassifikationssystems z09a quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) bestimmt, wobei alle Diagnosen beginnend mit einem C sowie die ICD-Codes D05.1, I97.2, Z08.9, Z12.3, Z12.9, Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.5, Z51.82, Z90.1, Z90.7, Z95.81 zuvor ausgeschlossen werden. Hierbei werden die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Behandlungsfälle ausgeschlossen. Es wird zusätzlich die CC201 „Non-CW-CC“ ausgeschlossen.

Die ökonomische Relevanz einer CC bestimmt sich durch Multiplikation des Kostengewichts einer CC gemäß Abschnitt 6.2.2 mit der Häufigkeit dieser CC über alle Quartalsversicherten nach Klassifikation gemäß Satz 1 und Satz 2. Die CC mit dem höchsten Produkt-Wert wird als die ökonomisch relevanteste

CC bezeichnet. Nach absteigender Sortierung aller CCs nach den ermittelten Produkt-Werten ergeben sich die weiteren ökonomisch relevanten CCs in dieser Reihenfolge. Die zehn CCs mit den zehn höchsten Produkt-Werten werden als TOP-10-CC bezeichnet.

6.2.4 Ermittlung von Risikowerten

Für jeden potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 6.1.1 wird sein quartalsweiser Risikowert berechnet, indem die Summe der Kostengewichte der unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) in diesem Quartal gemäß Abschnitt 6.2.1 bestimmt wird.

Abweichend hiervon wird der quartalsweise Risikowert von den an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 wie folgt ermittelt: Summe der Kostengewichte der unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs), wobei die Ausprägung seiner unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) in diesem Quartal gemäß Abschnitt 6.2.3 Satz 1 und Satz 2 ermittelt wird.

6.2.5 Matching-Verfahren

Zu jedem Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 werden Versicherte aus der Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 6.1.1 zugeordnet, die

- der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe nach Bestimmung gemäß Abschnitt 6.2.4 angehören,
- die gleiche Ausprägung der TOP-10-CC nach Bestimmung der unkomprimierten Risikokategorien gemäß Abschnitt 6.2.4 aufweisen und
- deren Risikowert nach Ermittlung gemäß Abschnitt 6.2.4 nicht weiter als ein Prozent vom Risikowert des jeweiligen Quartalspatienten abweicht.

Jeder potenzielle Vergleichsversicherte gemäß Abschnitt 6.1.1 kann in diesem Matching-Verfahren mehr als einem Quartalspatienten zugeordnet werden.

6.3 Verfahren auf Basis des Propensity Scores

6.3.1 Bestimmung der Menge der möglichen Kovariate

Für alle Versicherten werden unter Verwendung des zeitgleichen Klassifikationssystems z09a quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) bestimmt. Hierbei werden die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit

einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Behandlungsfälle ausgeschlossen. Abweichend von dem Klassifikationssystem z09a werden die Diagnosen beginnend mit einem C sowie die ICD-Codes D05.1, I97.2, Z08.9, Z12.3, Z12.9, Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.5, Z51.82, Z90.1, Z90.7, Z95.81 bei der Bestimmung der CCs nicht verwendet.

Für alle Versicherten wird daneben die Altersgruppe bestimmt, wobei die Altersgruppen genauso abgegrenzt werden wie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) im zeitgleichen Klassifikationssystem z09a.

Die CCs, die Indikatorvariablen für die Altersgruppen sowie eine Indikatorvariable für das Geschlecht des Versicherten bilden die Menge der möglichen Kovariate zur Bestimmung der Propensity Scores in Abschnitt 6.3.3.

6.3.2 Auswahl der Kovariate

Die Auswahl der tatsächlich in Abschnitt 6.3.3 verwendeten Kovariate aus der Menge der möglichen Kovariate erfolgt innerhalb eines logit-Modells mit dem lasso-Verfahren (*least absolute shrinkage and selection operator*) auf Basis der Daten der Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 6.1.1. Die abhängige Variable wird dabei in einem logit-Modell auf die unabhängigen Variablen regressiert, wobei dieses logit-Modell entsprechend dem lasso-Verfahren ergänzt wird durch einen Strafterm. Die abhängige Variable ist dabei eine Indikatorvariable mit der Information, ob der Versicherte in diesem Quartal zur Gruppe der Quartalspatienten gehört oder zur Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten; die unabhängigen Variablen sind alle Variablen der Menge der möglichen Kovariate.

Der Strafterm wird so gewählt, dass der Anteil der erklärten Deviance des ausgewählten Modells etwa 80 Prozent des Anteils der erklärten Deviance im Modell ohne Strafterm beträgt. Die Kovariate aus der Menge der möglichen Kovariate, die bei dem gewählten Strafterm einen Koeffizienten ungleich null haben, bilden die Menge der ausgewählten unabhängigen Variablen in Abschnitt 6.3.3.

6.3.3 Bestimmung der Propensity Scores

Wie in Abschnitt 6.3.2 bilden die Daten der Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 6.1.1 die Basis für die weiteren Auswertungen. In einem üblichen logit-Modell (ohne Strafterm) wird die abhängige Variable (Indikatorvariable mit der Information, ob der Versicherte in diesem Quartal zur Gruppe der Quartalspatienten gehört o-

der zur Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten gehört) auf die in Abschnitt 6.3.2 ausgewählten Kovariate als unabhängige Variablen regressiert. Auf Basis dieser Regression wird für Quartalspatienten und potenzielle Vergleichsversicherte die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis geschätzt, an der Indikation tatsächlich erkrankt zu sein (Propensity Score).

6.3.4 Matching-Verfahren

Auf Basis der Propensity Scores gemäß Abschnitt 6.3.3 wird bzw. werden für jeden Quartalspatienten gemäß der Methode des ersten nächsten Nachbarn der Vergleichsversicherte bzw. die Vergleichsversicherten in der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten bestimmt. Der nächste Nachbar ist dabei der Versicherte in der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten, dessen Propensity Score dem Propensity Score des Quartalspatienten am nächsten ist.

- Hat der nächste Nachbar des Quartalspatienten denselben Propensity Score wie der Quartalspatient, dann werden alle Versicherten aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten ausgewählt, deren Propensity Score um nicht mehr als 10^{-6} vom Propensity Score des Quartalspatienten abweicht.
- Hat der nächste Nachbar des Quartalspatienten einen Propensity Score, der zwar nicht exakt genauso groß ist wie der des Quartalspatienten, der jedoch auch um nicht mehr als zwei Prozentpunkte von dem Propensity Score des Quartalspatienten abweicht, dann werden alle Versicherten aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten ausgewählt, deren Propensity Score um nicht mehr als 10^{-6} vom Propensity Score des nächsten Nachbarn abweicht.
- Weicht der Propensity Score des nächsten Nachbarn des Quartalspatienten um mehr als zwei Prozentpunkte von dem des Quartalspatienten ab (Calliper), dann gilt dieser Quartalspatient als nicht matchbar im Sinne von Abschnitt 6.1.3 und bleibt im Matching unberücksichtigt.

Das Zuspielen der Vergleichsversicherten zu den Quartalspatienten (Matchen) erfolgt mit Zurücklegen, so dass Vergleichsversicherte für mehr als einen Quartalspatienten für den Vergleich der Leistungsmengen benutzt werden können.

7. **Bestimmung der durchschnittlichen indikationsspezifischen quartalsbezogenen historischen Leistungsmengen je Patient**

Um die durchschnittliche KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient sowie die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient (LM_{KV}) gemäß Nr. 3 Absatz 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu erhalten, wird in einem ersten Schritt der bundeseinheitliche Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme gemäß

Abschnitt 5 (*MFI*) von den um die Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2 (\widetilde{LM}_{KV}) reduzierten durchschnittlichen KV-spezifischen und den bundesdurchschnittlichen historischen Leistungsmengen gemäß Abschnitt 4 (*LM Abschnitt 4_{KV}*) abgezogen. In einem zweiten Schritt wird diese Differenz mit dem multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor (*MMF*) gemäß Abschnitt 6 multipliziert. In einem dritten Schritt werden die Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2 wieder hinzuaddiert.

$$LM_{KV} = (LM \text{ Abschnitt } 4_{KV} - \widetilde{LM}_{KV} - MFI) \cdot MMF + \widetilde{LM}_{KV}$$

8. Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen

Zur Vorbereitung der Festlegung der Mindestanzahl von Quartalspatienten in einem KV-Bezirk, unterhalb derer gemäß Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 anstelle einer KV-spezifischen die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen wird, werden zusätzlich zu den durchschnittlichen KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient gemäß Abschnitt 4 weitere Maßzahlen wie Stichprobengrößen, Varianz der KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient gemäß Abschnitt 4 und Standardfehler des Durchschnitts der KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient gemäß Abschnitt 4 berechnet.

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

Zur Bestimmung des Umrechnungsfaktors wird zunächst in allen vier Quartalen des Analysejahres die Zahl der Quartalspatienten bestimmt, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (alt) SGB V bzw. § 116b (neu) SGB V behandelt zu werden:

1. [Bestimmung der Zahl der Quartalspatienten, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (neu) SGB V behandelt zu werden.] Dies ist die Zahl der Versicherten, die die Kriterien in Abschnitt 3 erfüllen.
2. [Bestimmung der Anzahl der Quartalspatienten, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (alt) SGB V behandelt zu werden.] Die Identifikation der Versicherten, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (alt) SGB V behandelt zu werden, erfolgt getrennt für jedes Quartal des Analysejahres. In einem Quartal des Analysejahres gilt ein Versicherter genau dann als an einem gynäkologischen Tumor erkrankt -unter

Erfüllung der Bedingungen zur Behandlung nach § 116b (alt) SGB V -, wenn

- der Versicherte spätestens in diesem Quartal das 18. Lebensjahr vollendet hat

und

- in diesem Quartal (Validierungszeitraum) mindestens eine der folgenden Gebührenordnungspositionen von einem Arzt einer der in Tabelle 3 der Anlage genannten Abrechnungsgruppen abgerechnet worden ist: 07345, 08345, 13435, 25320, 25321, 25330, 25331, 25333, 86512, 96501, 96503 oder 96504 (Validierungs-Gebührenordnungspositionen)

und

- sich in diesem Quartal in mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten, in dem ein Arzt einer der in Tabelle 3 der Anlage genannten Abrechnungsgruppen unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6 eine im Appendix aufgeführte Gebührenordnungsposition abgerechnet hat, einer der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes findet. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

Der Bewertungsausschuss wird den Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V-Patienten zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten für die Indikation Gynäkologische Tumoren nach Berechnung des Quotienten der Patientenzahl gemäß Nr. 2 und der Patientenzahl gemäß Nr. 1 zusammen mit den verbindlich vorzuzugenden durchschnittlichen KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für diese Indikation beschließen.

10. Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner

Gemäß Nr. 2 Ziffer 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 ist die Zahl der Patienten, für die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Indikation bereinigt werden soll, durch einen Höchstwert begrenzt. Auf diesen Höchstwert verständigen sich gemäß Nr. 2 Ziffer 9 des genannten Beschlusses die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern quartalsweise für das jeweilige Bereinigungsquartal. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmen hierzu die Zahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals aufgrund der Indikation vertragsärztlich behandelten Patienten. Im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gilt ein Versicherter genau dann als an der Indikation *Gynäkologische Tumoren* erkrankt, wenn

- der Versicherte spätestens in diesem Quartal das 18. Lebensjahr vollendet hat
- und
- in diesem Quartal (Validierungszeitraum) mindestens eine der folgenden Gebührenordnungspositionen von einem Arzt einer der in Tabelle 4 der Anlage genannten Arztgruppen abgerechnet worden ist: 25320, 25321, 25330, 25331, 25333, 86512, 96501, 96503 oder 96504 (Validierungs-Gebührenordnungspositionen)
- und
- in diesem Quartal in mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten, in dem ein Arzt einer in Tabelle 4 der Anlage aufgeführten Arztgruppe unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6 eine der im Appendix genannten Gebührenordnungspositionen, die der MGV zugeordnet werden, abgerechnet hat, findet sich mindestens einer der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

Um eine Mehrfachzählung der Versicherten zu vermeiden, wird zudem die Anzahl der Versicherten, die vom im vorhergehenden Absatz beschriebenen Algorithmus ausschließlich aufgrund von in Tabelle 2 der Anlage aufgeführten Diagnosen ermittelt worden sind, bestimmt. Die Anzahl dieser Versicherten wird nach Multiplikation mit einem Faktor kleiner eins von der Gesamtzahl der Versicherten, die an der Indikation *Gynäkologische Tumoren* erkrankt sind, abgezogen. Der Bewertungsausschuss wird diesen Faktor zusammen mit den verbindlich vorzugebenden durchschnittlichen KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für diese Indikation beschließen.

Teilnehmer an Selektivverträgen werden bei dieser Zählung der an der Indikation erkrankten Versicherten nicht ausgeschlossen.

11. Beauftragung des Institut des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses, die Daten gemäß Abschnitt 1 auf die in den Abschnitten 2 bis 9 beschriebene Vorgehensweise auszuwerten und seine Ergebnisse der AG ASV-Bereinigungsberechnungen bis spätestens vier Wochen nach Inkrafttreten des Beschlusses vorzulegen.

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird je Kassenärztlicher Vereinigung die arztgruppenspezifischen Anteile an den durchschnittlichen KV-spezifischen historischen Leistungsmengen nachrichtlich ausweisen.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Festlegungen zu indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulant spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für die Indikation Gynäkologische Tumoren in Tabellen

Inhalt

Tabelle 1:	ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten	20
Tabelle 2:	Unspezifische ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten.....	22
Tabelle 3:	Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss genannten Arztgruppen zu Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage.....	23
Tabelle 4:	Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss genannten Arztgruppen zu Fachgruppencodes gemäß Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern	25
Tabelle 5:	Spezifische ICD-Codes für andere (nicht-gynäkologische) Tumorarten	25

Tabelle 1: ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

ICD-Code	Diagnosetext
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung der Vulva: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium
C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane

ICD-Code	Diagnosetext
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)

Tabelle 2: Unspezifische ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

ICD-Code	Diagnosetext
C47.5	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Beckens
C47.8	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.5	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.8	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C76.3	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.8	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet

Tabelle 3: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss genannten Arztgruppen zu Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung Gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordnete Abrechnungsgruppe (AbrGr) in der Datengrundlage
Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	AbrGr 0801 (Gynäkologie) sowie mindestens einmal Abrechnung einer der folgenden Gebührenordnungspositionen: 86512, 86514, 86516, 96501, 96503, 96504
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	AbrGr 1314 (Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie)
Strahlentherapie	AbrGr 2501 (Strahlentherapie)
Anästhesiologie	AbrGr 0501 (Anästhesiologie)
Gefäßchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Humangenetik	AbrGr 1101 (Humangenetik)
Innere Medizin und Angiologie	AbrGr 1311 (Innere Medizin, SP Angiologie)
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	AbrGr 1312 (Innere Medizin, SP Endokrinologie)
Innere Medizin und Gastroenterologie	AbrGr 1313 (Innere Medizin, SP Gastroenterologie)
Innere Medizin und Kardiologie	AbrGr 1315 (Innere Medizin, SP Kardiologie)
Innere Medizin und Nephrologie	AbrGr 1316 (Innere Medizin, SP Nephrologie)
Laboratoriumsmedizin	AbrGr 1201 (Laboratoriumsmedizin)
Neurologie	AbrGr 1601 (Neurologie)
Nuklearmedizin	AbrGr 1701 (Nuklearmedizin)
Pathologie	AbrGr 1901 (Pathologie)
Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	AbrGr 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) AbrGr 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) AbrGr 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) AbrGr 2303 (Kinder- u. Jugendli-

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung Gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordnete Abrechnungsgruppe (AbrGr) in der Datengrundlage
	chen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten)
Radiologie	AbrGr 2401 (Radiologie)
Urologie	AbrGr 2601 (Urologie)
Viszeralchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)

Tabelle 4: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss genannten Arztgruppen zu Fachgruppencodes gemäß Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung Gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordneter Fachgruppencode
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	27
Strahlentherapie	65
Innere Medizin und Gastroenterologie	26
Viszeralchirurgie	08
Anästhesiologie	04
Nuklearmedizin	54
Gefäßchirurgie	07
Innere Medizin und Angiologie	24
Innere Medizin und Kardiologie	28
Neurologie	53
Humangenetik	22
Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	58, 60, 61, 68
Psychiatrie und Psychotherapie	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Innere Medizin und Nephrologie	29
Laboratoriumsmedizin	48
Radiologie	62
Pathologie	56
Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	17
Urologie	67
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	25

Tabelle 5: Spezifische ICD-Codes für andere (nicht-gynäkologische) Tumoren

Tumorart	ICD-Codes
Tumoren des Auges	C69.0, C69.1, C69.2, C69.3, C69.4, C69.5, C69.6, C69.8, C69.9
Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	C47.6, C47.9, C70.0, C70.1, C70.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C75.1, C75.2, C75.3, C75.4, C75.5, D32.0, D32.1, D32.9, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D33.7, D33.9, D35.2, D42.0, D42.1, D42.9, D43.0, D43.1, D43.2, D43.3, D43.4, D43.7, D43.9, D44.4
Hauttumoren	C43.5, C43.6, C43.7, C43.8, C43.9, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9
Knochen- und Weichteil-Tumoren	C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9, C41.01, C41.02, C41.1, C41.2, C41.30, C41.31, C41.32, C41.4, C41.8, C41.9, C49.1, C49.2, C49.6, C49.9, C76.4, C76.5
Tumoren der Lunge und des Thorax	C33, C34.0, C34.1, C34.2, C34.3, C34.8, C34.9, C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, C39.0, C39.8, C39.9, C45.0, C45.2, C76.1
Gastrointestinale Tumoren	C15.0, C15.1, C15.2, C15.3, C15.4, C15.5, C15.8, C15.9, C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21.0, C21.1, C21.2, C21.8, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C26.0, C26.1, C26.8, C26.9, C45.1, C48.1, C48.2, C48.8, C75.8, C76.2
Kopf- und Halstumoren	C00.0, C00.1, C00.2, C00.3, C00.4, C00.5, C00.6, C00.8, C00.9, C01, C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.4, C02.8, C02.9, C03.0, C03.1, C03.9, C04.0, C04.1, C04.8, C04.9, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C06.0, C06.1, C06.2, C06.8, C06.9, C07, C08.0, C08.1, C08.8, C08.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0,

	C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C14.0, C14.2, C14.8, C30.0, C30.1, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9, C41.0, C76.0
Urologische Tumoren	C48.0, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8, C60.9, C61, C62.0, C62.1, C62.9, C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8, C63.9, C64, C65, C66, C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9, C68.0, C68.1, C68.8, C68.9
Tumoren des lymphatischen und blutbildenden Gewebes	C46.7, C46.8, C46.9, C81.0, C81.1, C81.2, C81.3, C81.4, C81.7, C81.9, C82.0, C82.1, C82.2, C82.3, C82.4, C82.5, C82.6, C82.7, C86.0, C86.1, C86.2, C88.00, C88.01, C88.20, C88.21, C88.30, C88.31, C88.40, C88.41, C88.70, C88.71, C88.90, C88.91, C90.00, C90.01, C90.10, C90.11, C90.20, C90.21, C90.30, C90.31, C91.00, C91.01, C91.10, C91.11, C91.30, C91.31, C91.40, C91.41, C91.50, C91.51, C91.60, C91.61, C91.70, C91.71, C91.80, C91.81, C91.90, C91.91, C92.00, C92.01, C92.10, C92.11, C92.20, C92.21, C92.30, C92.31, C92.40, C92.41, C92.50, C92.51, C92.60, C92.61, C92.70, C92.71, C92.80, C92.81, C92.90, C92.91, C93.00, C93.01, C93.10, C93.11, C93.30, C93.31, C93.70, C93.71, C93.90, C93.91, C94.00, C94.01, C94.20, C94.21, C94.30, C94.31, C94.40, C94.41, C94.60, C94.61, C94.70, C94.71, C94.8, C95.00, C95.01, C95.10, C95.11, C95.70, C95.71, C95.8, C95.90, C95.91, C96.0, C96.2, C96.4, C96.5, C96.6, C96.7, C96.8, D45, D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7, D47.9, D55.0, D55.1, D55.2, D55.3, D55.8, D55.9, D60.0, D60.1, D60.8, D60.9, D61.0, D61.10, D61.18, D61.19, D61.2, D61.3, D61.8, D61.9, D64.0, D64.1, D64.2, D64.3, D64.4, D64.8, D64.9, D69.3, D69.40, D69.41, D69.60, D69.61, D70.0, D70.10, D70.11, D70.12, D70.13, D70.14, D70.18, D70.19, D70.3, D70.5, D70.6, D70.7, D71, D72.0, D72.1, D72.8, D72.9

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) über indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulant spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für die Indikation Gynäkologische Tumoren mit Wirkung zum 1. Februar 2017

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 einen Beschluss gefasst, der Vorgaben macht für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V. Dieser Beschluss sieht unter anderem in Nr. 2 Ziffer 4 vor, dass der Bewertungsausschuss für jede vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer entsprechenden Richtlinie beschlossene Indikation unter Angabe konkreter Berechnungsvorgaben das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung indikationsspezifischer Berechnungen beauftragt. Gemäß Nr. 2 Ziffer 7 des Beschlusses aus der 383. Sitzung beschließt der Bewertungsausschuss nach Vorlage dieser Berechnungsergebnisse durch das Institut des Bewertungsausschusses die verbindlich vorzuzugende durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient.

Das Nähere zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben für die Indikation *Gynäkologische Tumoren* gemäß Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses wird im vorliegenden Beschluss bestimmt.

2. Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in Abschnitt 1 die für die Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen zu verwendende Datengrundlage fest.

Im Abschnitt 2 finden sich Festlegungen, die für alle folgenden Berechnungsschritte relevant sind und daher vorab getroffen werden.

Abschnitt 3 bestimmt die konkrete Strategie zur Identifikation derjenigen Versicherten in den vorliegenden Abrechnungsdaten, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt gewesen und in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund dieser Erkrankung zumindest teilweise behandelt worden sind.

Abschnitt 4 macht Vorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an gynäkologischen Tumoren erkrankten Versicherten.

Abschnitt 5 legt fest, wie ein Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme nach dem vorliegenden Beschluss zu ermitteln ist.

Abschnitt 6 spezifiziert zwei mögliche Verfahren zur Messung des Einflusses von Komorbiditäten. Ziel des Verfahrens ist die Bestimmung des Anteils an der historischen Leistungsmenge, der als durch die Indikation verursacht angesehen werden kann (multimorbiditätsbedingter Anpassungsfaktor).

Abschnitt 7 beschreibt das Zusammenführen der Ergebnisse aus den Abschnitten 4, 5 und 6 zu einer durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen sowie bundesdurchschnittlichen historischen Leistungsmenge je Patient.

Da die Zahl der an der Indikation erkrankten Versicherten auf Ebene des KV-Bezirks in den vorliegenden ärztlichen Abrechnungsdaten zum Teil sehr klein sein kann und aufgrund dessen die auf KV-Ebene ermittelten Werte statistisch sehr ungenau sein können, sollen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 383. Sitzung ggf. Ersatzwerte vom Bewertungsausschuss beschlossen werden. In Abschnitt 8 wird festgelegt, welche Maßzahlen zur Vorbereitung dieser Entscheidung neben der KV-spezifischen und der bundesweiten durchschnittlichen historischen Leistungsmenge je Patient ermittelt werden sollen.

Abschnitt 9 kündigt die Festlegung des anzuwendenden Umrechnungsfaktors von §-116b-(alt)-SGB-V-Patienten zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten durch einen späteren Beschluss an.

Abschnitt 10 gibt vor, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat und verweist hinsichtlich der noch ausstehenden Festlegung eines dabei zu verwendenden Faktors auf einen späteren Beschluss.

In Abschnitt 11 wird das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der Berechnungen beauftragt.

3. Regelungsinhalte

3.1 Datengrundlage

Im Abschnitt 1 werden die für die Berechnungen zu verwendenden Datengrundlagen festgelegt.

3.2 Analysezeitraum

In Abschnitt 2.1 wird festgelegt, dass alle vier Quartale des Jahres 2014 zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmenge zu verwenden sind. Hierbei handelt es sich um die vier aktuellsten Quartale der Geburtstagsstichprobe, die dem Institut des Bewertungsausschusses zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vorliegen.

3.3 Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken

Die in Abschnitt 2.2 geregelte Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken dient der quartals- und KV-spezifischen Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen. Grundsätzlich soll einem Versicherten dabei der KV-Bezirk zugeordnet werden, in dem dieser in dem entsprechenden Quartal seinen Wohnort hatte. Der beschriebene Algorithmus legt diese Zuordnung eindeutig fest.

3.4 Bestimmung und Ausschluss von Teilnehmern an Selektivverträgen

Abschnitt 2.3 legt fest, wie Selektivvertragsteilnehmer in der Datengrundlage identifiziert werden und wie diese bei der Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmenge auszuschließen sind. Dieser Ausschluss ist notwendig, da davon auszugehen ist, dass bei diesem Versichertenkollektiv keine vollständige Dokumentation der Diagnosen vorliegt.

3.5 ICD-Codes zur Identifikation der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

Abschnitt 2.4 legt fest, welche ICD-Codes zur Identifizierung eines an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten genutzt werden. Hierbei wird die Liste von ICD-Codes verwendet, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V bestimmt hat.

3.6 Arztgruppenzuordnung

Abschnitt 2.5 legt fest, wie die in der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführten Arztgruppen den Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage zugeordnet werden. Diese Zuordnung ist notwendig, da die im Appendix aufgeführten Arztgruppen auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen festgelegt wurden und so nicht in der zu verwendenden Datengrundlage vorhanden sind.

3.7 Arztgruppenspezifität

Abschnitt 2.6 legt fest, welche Leistungen von welchen Abrechnungsgruppen bei der Ermittlung des Appendix-Leistungsbedarfs berücksichtigt werden.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass Leistungen außerhalb der Kapitel 1, 2 und 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes des Appendix in den historischen Abrechnungsdaten auch von einem Arzt erbracht wurden, dessen Arztgruppe diese Leistungen innerhalb der ASV nicht abrechnen kann. Da diese Leistungen zukünftig zu einem Arzt einer gemäß Appendix zum Behandlungsumfang zugeordneten Arztgruppe verlagert werden, ist davon auszugehen, dass diese Leistungen für einen von einem ASV-Team behandelten Patienten im Kollektivvertrag für die ASV-Indikation nicht mehr erbracht werden. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um diese verlagerten Leistungen zu bereinigen.

3.8 MGV-Abgrenzung

Abschnitt 2.7 regelt die zu nutzende MGV-Abgrenzung. Es wird darauf eingegangen, dass die MGV-Abgrenzung des Abrechnungsquartal 2/2016 in das

Jahr 2014 (Jahr der Datengrundlage) übertragen wird und um diejenigen Leistungen ergänzt wird, die im Jahre 2014 vom Leistungsinhalt mit einer Leistung aus Abrechnungsquartal 2/2016 identisch waren.

3.9 Berücksichtigung von Pseudo-Ziffern

Abschnitt 2.8 legt fest, dass regional vereinbarte Gebührenordnungspositionen (Pseudo-Ziffern) nicht berücksichtigt werden. Begründet ist dieses Vorgehen durch eine fehlende Übersetzung der Pseudo-Ziffern zu Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der Datengrundlage.

3.10 Berücksichtigung von Grundpauschalen

Abschnitt 2.9 legt fest, dass bei der Berücksichtigung von Grundpauschalen zwei Varianten gerechnet werden, die von unterschiedlichen Annahmen ausgehen.

1. In Variante 1 werden Grundpauschalen in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Es ist hiermit die Annahme verbunden, dass die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen für die Behandlung der ASV-Indikation auch vollständig im Rahmen der ASV-Behandlung erbracht werden.
2. In Variante 2 werden die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen zu 50 v.H. berücksichtigt. Hiermit ist die Annahme verbunden, dass auch weiterhin Teilleistungen von Grundpauschalen für die Behandlung der ASV-Indikation lediglich im Kollektivvertrag erbracht werden. Grundpauschalen umfassen den gesamten Behandlungsumfang der fachärztlichen Grundversorgung. Nicht alle spezifischen Teilleistungen gehören zum Behandlungsumfang in der ASV. Die Grundpauschale Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde enthält beispielsweise die Behandlung von spezifischen Ohrentzündungen oder Nasenverletzungen, die nicht zum Behandlungsumfang der ASV gehören. Da die Teilleistungsmenge für jede Arztgruppe unterschiedlich sein kann, ist diese aufwendig zu bestimmen und die genaue Festlegung noch nicht abgeschlossen. Deshalb erfolgt vorerst eine normative Festlegung auf einen anzunehmenden Durchschnittswert.

3.11 Berücksichtigung von neuen und modifizierten Leistungen im Appendix

Abschnitt 2.10 regelt den Umgang mit weiteren zu berücksichtigenden Leistungen, die nicht Bestandteil von Abschnitt 1 des Appendix sind. Bei der ASV-Behandlung durch einen hinzuzuziehenden Arzt wird keine Grundpauschale, sondern eine Konsultationspauschale abgerechnet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in den historischen Daten bei der Behandlung eines Quartalspatienten von einem Arzt, dessen Arztgruppe in der ASV zu den Hinzuzuziehenden gehört, eine Grundpauschale anstatt einer Konsultationspauschale berechnet wurde. Daher wird festgelegt, dass die Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten in einer Höhe von 1,82 Euro berücksichtigt werden. Dieser Wert entspricht der Bewertung einer Konsultationspauschale im Jahr der Datengrundlage (2014). Es werden zusätzlich zu den in Abschnitt 1 des Appendix der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren genannten Gebührenordnungspositionen die Kostenpauschalen 86512 sowie 86516 und 86518 in Kombination mit 86512 als Behandlungsumfang berücksichtigt. Diese Gebührenordnungspositionen entsprechen den Gebührenordnungspositionen der laufenden Nummern 5, 7, 10.1 bzw. 10.27.2 in Abschnitt 2 des Appendix der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren.

3.12 Bestimmung der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

In Abschnitt 3 wird das Vorgehen zur Identifikation von Versicherten bestimmt, die in einem Quartal des Analysejahres 2014 an einem gynäkologischen Tumor erkrankt und in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt worden sind. Ein solcher sogenannter Quartalspatient zeichnet sich dadurch aus, dass er in einem Behandlungsfall im Quartal neben einer entsprechenden Diagnose der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ auch noch mit Chemotherapie und/oder Strahlentherapie behandelt worden ist.

Die Behandlung mittels Chemotherapie wird über die bundeseinheitlichen Kostenpauschalen 86512, welche Teil der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) sind, operationalisiert. Ferner werden die Leistungen 96501, 96503 und 96504 aus regionalen Onkologie-Vereinbarungen zur Identifizierung einer Chemotherapie-Behandlung herangezogen. Eine Strahlentherapie-Behandlung wird über die Gebührenordnungspositionen 25320, 25321, 25330, 25331 und 25333 festgestellt.

Durch dieses Vorgehen werden einige Versicherte ausschließlich auf Basis von unspezifischen ICD-Codes (gemäß Tabelle 2 des Beschlusses) als an einem gynäkologischen Tumor erkrankt identifiziert. Diese unspezifischen ICD-Codes können einen gynäkologischen Tumor oder aber auch (mindestens) einen weiteren nicht-gynäkologischen Tumor beschreiben. Um Versicherte, die eindeutig an einem nicht-gynäkologischen Tumor erkrankt sind, an dieser Stelle auszuschließen, wird folgendermaßen vorgegangen: Sind für einen Versicherten, der ausschließlich auf Basis von unspezifischen ICD-Codes (gemäß Tabelle 2 des Beschlusses) als an einem gynäkologischen Tumor erkrankt identifiziert wurde, zusätzliche ICD-Codes codiert, die auf genau einen spezifischen nicht-gynäkologischen Tumor gemäß Tabelle 5 hindeuten, so wird dieser Versicherte aus der Gruppe der Quartalpatienten ausgeschlossen. Sollte keine eindeutige Zuordnung zu einer anderen Tumorgruppe möglich sein, so wird der entsprechende Versicherte der Gruppe der Quartalpatienten zugeordnet.

3.13 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gynäkologischen Tumor erkrankten Versicherten

Abschnitt 4 beschreibt, wie die durchschnittliche historische Leistungsmenge je Versicherten der in Abschnitt 3 bestimmten Quartalpatienten sowohl auf Ebene des KV-Bezirks als auch für ganz Deutschland berechnet wird. Diese sogenannte historische Leistungsmenge ist die Menge der im Appendix aufgeführten Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden und von einem Arzt einer im Appendix genannten Arztgruppe in folgenden Behandlungsfällen erbracht werden:

- Behandlungsfälle, in denen eine Diagnose der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ codiert wird,
- Behandlungsfälle mit Diagnose „UUU“, wenn in diesen Behandlungsfällen ein Arzt der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Humangenetik und Pathologie mindestens eine Leistung abgerechnet hat. Durch die Arztgruppeneinschränkung bei den Behandlungsfällen mit Diagnose „UUU“ wird gewährleistet, dass keine Behandlungsfälle von weiteren Abrechnungsgruppen, die auch die Möglichkeit der Diagnosekodierung „UUU“ haben, berücksichtigt werden.

3.14 Mehrfachinanspruchnahme

In Abschnitt 5 wird ein Algorithmus zur Bestimmung des bundeseinheitlichen Abschlags für Mehrfachinanspruchnahme beschrieben. Dieser Abschlag wird vor dem Hintergrund ermittelt, dass davon ausgegangen werden kann, dass zumindest einige der Versicherten, die in der Zukunft wegen ihrer Erkrankung innerhalb der ASV behandelt werden, auch außerhalb der ASV ASV-Leistungen in Anspruch nehmen werden. Daher erscheint eine vollständige Bereinigung des Behandlungsbedarfs für die historische Leistungsmenge, die der Indikation zugeschrieben werden kann, überhöht.

3.15 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gynäkologischen Tumorerkrankten Versicherten und der Vergleichsversicherten zur Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors.

Abschnitt 6 des vorliegenden Beschlusses gibt die Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors vor. In Abschnitt 6.1 werden die grundlegenden Festlegungen bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors, welche der Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 beschlossen hat, für die Indikation Gynäkologische Tumoren konkretisiert.

Ein zentrales Element bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors ist die Auswahl der Vergleichspatienten für jeden Quartalspatienten (Matching). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 hierzu vorgegeben, dass als Vergleichspatienten für einen Quartalspatienten solche Versicherten ausgewählt werden, die nicht aufgrund einer in der jeweiligen Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschriebenen spezialfachärztlich behandelbaren oder ggf. einer damit regelmäßig assoziierten Erkrankung behandelt wurden, aber der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe angehören und eine vergleichbare Morbidität aufweisen, und für die Appendix-GOPen von einer im Appendix aufgeführten Arztgruppe unter Beachtung der Arztgruppenspezifität abgerechnet wurden.

Zwei Verfahren werden gerechnet: das Verfahren auf Basis des Risikowertes (Abschnitt 6.2) und das Verfahren auf Basis des Propensity Scores (Abschnitt 6.3). Beide Verfahren stehen gleichrangig nebeneinander.

Für das Verfahren auf Basis des Risikowertes werden in einem ersten Schritt Kostengewichte ermittelt. Dazu werden zunächst quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) aller Versicherten auf Quartalsebene unter Verwendung des Klassifika-

tionssystems z09a bestimmt. Die CC201 „Non-CW-CC“ wird hierbei ausgeschlossen, da diese CC von Diagnosen ausgelöst wird, die aus medizinischer Sicht keinen Leistungsbedarf innerhalb der MGV verursachen sollten.

Anschließend erfolgt die Ermittlung der Kostengewichte auf Grundlage eines multiplen linearen Regressionsmodells. Die unabhängige Variable ist dabei der quartalsweise morbiditätsbedingte Leistungsbedarf, der für diese Regression mit der bundeseinheitlichen Abgrenzung gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 bestimmt wird. Diese bundeseinheitliche Abgrenzung ist anzuwenden, da die ermittelten Kostengewichte bundeseinheitlich verwendet werden. Der nachgelagerte Kalibrierungsalgorithmus gewährleistet, dass negative und statistisch in-signifikante Relativgewichte ausgeschlossen werden.

Für das Matching im Rahmen des Verfahrens auf Basis des Risikowertes müssen Quartalspatient und Vergleichspatient folgende Kriterien erfüllen: (1) Quartalspatient und Vergleichspatient müssen die gleichen AGGs und TOP-10-CCs aufweisen und (2) Quartalspatient und Vergleichspatient müssen einen ähnlichen Risikowert besitzen. Vor der Bestimmung der TOP-10-CCs und der Risikowerte der Quartalspatienten werden Tumordiagnosen (ICD-Codes beginnend mit C) sowie ICD-Codes für Strahlentherapie und/oder Chemotherapie von den Quartalspatienten entfernt und anschließend unter Verwendung des Klassifikationssystems z09a die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) der Quartalspatienten erneut bestimmt. Hierdurch wird gewährleistet, dass die CCs der Quartalspatienten und die CCs der Vergleichspatienten durch ein gleiches Diagnosenspektrum ausgelöst werden und somit die Morbidität von Quartalspatienten und Vergleichspatienten (sowohl bei dem Kriterium der TOP-10-CCs als auch bei dem Kriterium Risikowert) vergleichbar ist.

Für das Verfahren auf Basis des Propensity Scores wird für alle Versicherten die Wahrscheinlichkeit geschätzt, an einem gynäkologischen Tumor zu erkranken. Diese geschätzten Wahrscheinlichkeiten werden durch die gemäß dem Klassifikationssystem z08a bestimmten unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie durch das Alter und das Geschlecht der Versicherten beschrieben. Versicherte sind in Bezug auf die Indikation Gynäkologische Tumoren in ihrer Morbiditätsstruktur vergleichbar, wenn sie vergleichbar hohe geschätzte Wahrscheinlichkeiten haben, an einem gynäkologischen Tumor zu erkranken. Diese geschätzten Wahrscheinlichkeiten dienen entsprechend im Propensity-Score-Verfahren als Matching-Kriterium.

3.16 Bestimmung der durchschnittlichen indikationsspezifischen quartalsbezogenen historischen Leistungsmengen je Patient

In Abschnitt 7 wird beschrieben, wie die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische sowie bundesweite quartalsbezogene historische Leistungsmenge je Patient als Durchschnitt der historischen Leistungsbedarfe der Quartalspatienten abzüglich des ermittelten bundeseinheitlichen Abschlags für Parallelabrechnungen, multipliziert mit dem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor, bestimmt wird.

3.17 Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen

Es ist absehbar, dass die durchschnittliche historische Leistungsmenge je Versicherten in einigen KV-Bezirken auf nur einer sehr kleinen Zahl an Versicherten ermittelt werden wird. Zur Vorbereitung der Festlegung der Mindestanzahl von Quartalspatienten in einem KV-Bezirk, unterhalb derer gemäß Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 anstelle einer KV-spezifischen die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen wird, sollen neben diesen Durchschnitten weitere Maßzahlen ermittelt und berichtet werden. Dies wird in Abschnitt 8 bestimmt.

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

An einem gynäkologischen Tumorerkrankte Patienten konnten schon vor der Neufassung von § 116b SGB V nach ebendiesem Paragraphen im Gesetz behandelt werden. Der Behandlungsbedarf soll gemäß dem Grundsatzbeschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 nicht für die Leistungsmenge der Versicherten bereinigt werden, die schon gemäß der alten Fassung von § 116b SGB V behandelt worden sind und die auch nach den neu formulierten Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses für diese Indikation hätten in der ASV behandelt werden können. Daher wird zum einen im genannten Beschluss des Bewertungsausschusses einmalig die Zahl der Patienten festgestellt, die an der Indikation nach den Kriterien gemäß § 116b SGB V in seiner alten Fassung behandelt worden sind. Zum anderen soll diese Zahl mit einem Umrechnungsfaktor multipliziert werden, um zu ermitteln, wie viele dieser Patienten auch nach der Neufassung von § 116b SGB V und der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß diesem Paragraphen behandelt worden wären.

Für die vorliegende Indikation Gynäkologische Tumoren wird in Abschnitt 9 die Festlegung dieses Umrechnungsfaktors durch einen späteren Beschluss angekündigt und festgelegt, welche Berechnungen dazu vom Institut des Bewertungsausschusses noch vorbereitend durchzuführen sind.

3.19 Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner

In Abschnitt 10 wird geregelt, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat. Dies dient den Gesamtvertragspartnern zur Begrenzung der Patientenzahlen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 Nr. 2 Ziffer 10.

Die in Tabelle 2 des Anhangs aufgeführten Diagnosen können mehr als eine Krankheit beschreiben. Somit besteht hier die Möglichkeit der Mehrfachzählung eines Patienten im Rahmen der Höchstwertermittlung einer ASV-Krankheit gemäß Nr. 2 Ziffer 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, wobei der Algorithmus in Abschnitt 3 eine mögliche Mehrfachzählung begrenzt. Zur Berücksichtigung dieser Möglichkeit einer Mehrfachzählung gibt der Bewertungsausschuss in dem vorliegenden Beschluss vor, dass die Versicherten, die im Rahmen der Feststellung gemäß Abschnitt 10 des vorliegenden Beschlusses ausschließlich aufgrund der Diagnosen in Tabelle 2 des Anhangs in die Zählung mit einfließen, von der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten anteilig abgezogen werden. Der dabei anzusetzende Anteil wird später vom Bewertungsausschuss zusammen mit den verbindlich vorzugebenden durchschnittlichen KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für diese Indikation beschlossen und wird den geschätzten Anteil der Patienten in dieser zum Abzug zu bringenden Gruppe, die nicht an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind, bemessen.

3.20 Beauftragung des Institut des Bewertungsausschusses

In Abschnitt 11 beauftragt der Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der in diesem Beschluss beschriebenen Berechnungen.