

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017

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 Gynäkologische Tumoren

mit Wirkung zum 21. Februar 2017

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 383. Sitzung am 21. September 2016 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 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die entsprechenden Berechnungsvorgaben für das Institut des Bewertungsausschusses für die Indikation *Gynäkologische Tumoren* 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 *Gynäkologische Tumoren* je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- | | |
|--|-------------------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von 149 € |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg | in Höhe von 133 € |
| - Für den KV-Bezirk Bremen | in Höhe von 202 € |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen | in Höhe von 193 € |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe | in Höhe von 190 € |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein | in Höhe von 198 € |
| - Für den KV-Bezirk Hessen | in Höhe von 165 € |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz | in Höhe von 171 € |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg | in Höhe von 169 € |
| - Für den KV-Bezirk Bayerns | in Höhe von 189 € |
| - Für den KV-Bezirk Berlin | in Höhe von 135 € |
| - Für den KV-Bezirk Saarland | in Höhe von 164 € |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von 174 € |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg | in Höhe von 140 € |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt | in Höhe von 165 € |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen | in Höhe von 138 € |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen | in Höhe von 169 € |

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

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 0,93 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 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu verwendenden Faktor zur Vermeidung einer Mehrfachzählung der Versicherten aufgrund

ICD-Codes, die mehr als eine Erkrankung konkretisieren, in Höhe von 0,768 verbindlich vor.

4. Nachrichtliche Mitteilung des verwendeten Quartals der ARZTRG87aREG-Daten

Für die Berechnung der Beträge in Nr. 1 hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2016 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

Protokollnotiz:

Im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung für die Indikation Gynäkologische Tumoren wird nicht nach Subspezialisierungen gemäß Abschnitt 5 der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Dezember 2015 unterschieden.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 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 Gynäkologische Tumoren mit Wirkung zum 21. Februar 2017

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 383. Sitzung am 21. September 2016 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 Gynäkologische Tumoren vom Institut des Bewertungsausschusses auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben errechnet wurde.

In Abschnitt 1 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 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) berücksichtigt. 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.

Für die Indikation Gynäkologische Tumoren können sich einige ASV-Teams auf die Behandlung einer Teilgruppe (beispielsweise auf Patienten mit bösartiger Neubildung der Mamma) aller möglichen ASV-Patienten mit gynäkologischen Tumoren spezialisieren. In Abschnitt 1 wird festgelegt, dass im Rahmen der Bereinigung die durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keine Unterschiede nach Subspezialisierungen vorgenommen werden.

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 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) listet einige („unscharfe“) ICD-Codes auf, die zur Identifikation der Patienten genutzt werden, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind, die jedoch nicht eindeutig für diese Indikation sind. Daher besteht die Möglichkeit, dass Patienten, die ausschließlich aufgrund dieser unscharfen ICD-Codes 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 390. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verbindlich vorgegeben. Der Faktor von 0,768 ist so zu interpretieren, dass 23,2 Prozent der Patienten, die ausschließlich aufgrund solcher unscharfen ICD-Codes als Quartalspatient identifiziert worden sind, tatsächlich auch Patienten sind, die an einem gynäkologischen Tumor erkrankt sind. Die übrigen 76,8 Prozent dieser Patienten sind an anderen Tumoren erkrankt.

In Abschnitt 4 wird die für Berechnungen vorgegebene MGV-Abgrenzung nachrichtlich aufgeführt.

In der Protokollnotiz weist der Bewertungsausschuss darauf hin, dass keine Unterscheidungen nach Subspezialisierungen vorgenommen werden. Das betrifft insbesondere die Ermittlung der Patientenzahlen.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 21. Februar 2017 in Kraft.