

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 356. 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 Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Wirkung zum 1. Juni 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 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 335. 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 *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* gemäß Anlage 1a) *onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* 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 Leistungsmenge 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 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 335. 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- 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 2012 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

Abschnitt 2.4 legt fest, welche ICD-Codes zur Identifizierung eines an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten genutzt werden. Hierbei wird die Liste von ICD-Codes verwendet, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V bestimmt hat.

3.6 Arztgruppenzuordnung

Abschnitt 2.5 legt fest, wie die in der Anlage 1a) 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 Jahres 2014 in das Jahr 2012 (Jahr

der Datengrundlage) übertragen wird und um diejenigen Leistungen ergänzt wird, die im Jahre 2012 vom Leistungsinhalt mit einer Leistung aus dem Jahre 2014 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 1,75 Euro berücksichtigt werden. Dieser Wert entspricht der Bewertung einer Konsultationspauschale im Jahr der Datengrundlage (2012). Es werden zusätzlich zu den in Abschnitt 1 des Appendix der Anlage 1a) genannten Gebührenordnungspositionen die Kostenpauschalen 86512 sowie 86516 und 86518 in Kombination mit 86512 als Behandlungsumfang berücksichtigt. Diese Gebührenordnungspositionen entsprechen den Gebührenordnungspositionen der laufenden Nummern 2, 4, 7.1 bzw. 7.2 in Abschnitt 2 des Appendix der Anlage 1a).

3.12 Bestimmung der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

In Abschnitt 3 wird das Vorgehen zur Identifikation von Versicherten bestimmt, die in einem Quartal des Analysejahres 2012 an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 1a) mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ auch noch mit Chemotherapie und/oder Strahlentherapie behandelt worden ist. Für Krankheiten, die im Einzelfall aufgrund einer schweren Verlaufsform in der ASV behandelbar sind, muss zusätzlich das Vorliegen von Fernmetastasen, Lymphknotenbefall und/oder einer Schwangerschaft gegeben sein. Hierbei müssen Diagnosen zu Fernmetastasen bzw. der Lymphknotenbefall von einer im Appendix aufgeführten Arztgruppe stammen.

Die Behandlung mittels Chemotherapie wird über die bundeseinheitlichen Kostenpauschalen 86512 sowie 86516 und 86518 in Kombination mit 86512, welche Teil der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker 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.

3.13 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

Abschnitt 4 beschreibt, wie die durchschnittliche historische Leistungsmenge je Versicherten der in Abschnitt 3 bestimmten Quartalspatienten, 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 wird:

- Behandlungsfälle, in denen eine Diagnose der Anlage 1a) mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ codiert wird,
- Behandlungsfälle mit Diagnose „UUU“, wenn in diesen Behandlungsfällen ein Arzt der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin 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.

Im Appendix wird die Arztgruppe Nuklearmedizin zweimal aufgeführt, sowohl als Arztgruppe des Kernteams als auch als Arztgruppe der hinzuzuziehenden Ärzte. Gemäß Anlage 1a) gehört ein Arzt der Arztgruppe Nuklearmedizin bei der Behandlung von Schilddrüsenkarzinomen oder von Nebenschilddrüsenkarzinomen (C73.-, C75.0 sowie C75.8) zum Kernteam. In allen weiteren Behandlungsfällen gehört ein Arzt der Arztgruppe Nuklearmedizin zur Gruppe der hinzuzuziehenden Ärzte.

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, für überhöht.

3.15 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten 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 335. Sitzung am 24. September 2014 beschlossen hat, für die Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle konkretisiert.

Ein zentrales Element bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors ist die Auswahl der Vergleichspatienten für jeden Quartalspatienten (Matching). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 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 regelhaft 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 Klassifikationssystems z08a 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

ses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bestimmt wird. Diese bundeseinheitliche Abgrenzung ist anzuwenden, da die ermittelten Kostengewichte bundeseinheitlich verwendet werden. Der nachgelagerte Kalibrierungsalgorithmus gewährleistet, dass negative und statistisch insignifikante 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 z08a 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle in ihrer Morbiditätsstruktur vergleichbar, wenn sie vergleichbar hohe geschätzte Wahrscheinlichkeiten haben, an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 335. Sitzung anstelle einer KV-spezifischen die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen wird, sollen neben diesen Durchschnitten weitere Maßzahlen ermittelt und berichtet werden. Dieses wird in Abschnitt 8 bestimmt.

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

An einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankte 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 335. Sitzung am 24. September 2014 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 gemäß Nr. 7 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 gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 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 335. Sitzung Nr. 2 Ziffer 10.

Die in Tabelle 3 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 335. Sitzung. Zur Berücksichtigung dieser Möglichkeit 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 3 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 gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 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.