

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 mit Wirkung zum 21. September 2016

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 26. September 2016 unter www.institut-ba.de] war in der Tabelle 4 der Anlage bezüglich der zugeordneten Fachgruppencodes der Arztgruppe „Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ unvollständig. Korrekterweise muss neben den Fachgruppencodes 60, 61, 68 der Fachgruppencode 58 mit aufgenommen werden. Zudem muss in der Nummer 10 des Beschlusses unter dem zweiten Aufzählungspunkt auf die Tabelle 4 der Anlage verwiesen sowie das Wort „Abrechnungsgruppen“ durch das Wort „Arztgruppen“ ersetzt werden. Mit Erratum vom 27. Oktober 2016 wurde dies korrigiert. Darüber hinaus wurde der Beschluss lektoriert.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016

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 21. September 2016

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 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. Auf Grundlage dieser Vorgaben und den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Bewertungsausschuss in seiner 356. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Berechnungsvorgaben für die Indikation *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* und in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 die durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient für diese Indikation beschlossen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 17. Dezember 2015 die Konkretisierung für die Indikation *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V entsprechend den Bestimmungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes geändert. Diese Änderung ist am 29. Juli 2016 in Kraft getreten.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 seinen Beschluss aus der 335. Sitzung am 24. September 2014 mit Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung neugefasst. Der neugefasste Beschluss sieht auch die Möglichkeit einer Neuberechnung der indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient vor.

Im vorliegenden Beschluss macht der Bewertungsausschuss Vorgaben zu den entsprechenden Berechnungen für die Indikation *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* gemäß Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle 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 erhobe-

nen 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 1/2016 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

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

2.5 Arztgruppenzuordnung

In der Spezifizierung des Behandlungsumfanges (Appendix) der Konkretisierung *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* 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 1/2016 werden dabei um Gebührenordnungspositionen des Jahres 2014 ergänzt, die vom Leistungsinhalt mit einer Gebührenordnungsposition des Quartals 1/2016 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 07211, 07212, 09211, 09212, 13391, 13392, 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 07211, 07212, 09211, 09212, 13391, 13392, 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, 08211, 08212, 11211, 11212, 13291, 13292, 13341, 13342, 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.

3. Bestimmung der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

Die Identifikation der Versicherten, die an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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, 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 abgerechnet hat, findet sich einer der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

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

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

1. unter Berücksichtigung der Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2.5, wobei bei Quartalspatienten mit mindestens einem der ICD-Codes C73, C75.0 oder C75.8 Ärzte der Arztgruppe Nuklearmedizin als Ärzte des Kernteams und bei allen weiteren Quartalspatienten Ärzte der Arztgruppe Nuklearmedizin als hinzuzuziehende Ärzte berücksichtigt werden,
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
7. unter Berücksichtigung von Bewertungseffekten gemäß 2.11
8. 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) in einem Quartal durch mindestens zwei verschiedene Ärzte abgerechnet wird: 01510, 01511, 01512, 02120, 13500, 13502, 32324, 32392, 34360.

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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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: Z51.0, Z51.1, Z51.2, Z51.82.

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, wobei bei Quartalspatienten mit mindestens einem der ICD-Codes C73, C75.0 oder C75.8 Ärzte der Arztgruppe Nuklearmedizin als Ärzte des Kernteams und bei allen weiteren Quartalspatienten Ärzte der Arztgruppe Nuklearmedizin als hinzuzuziehende Ärzte berücksichtigt werden,
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 (Variante 1)

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) Ap-

pendix-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 Quartals-ebene.

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 -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 Z51.0, Z51.1, Z51.2 und Z51.82 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 Z51.0, Z51.1, Z51.2 und Z51.82 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 oder 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 Scores 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 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (alt) SGB V behandelt zu werden.] Die Identifikation der Versicherten, die an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle 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 gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle unter Erfüllung der Bedingungen zur Behandlung nach § 116b (alt) SGB V 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 3 der Anlage genannten Abrechnungsgruppen abgerechnet worden ist: 07345, 13435, 25320, 25321, 25330, 25331, 25333, 86512, 96501, 96503, 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- zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten für die Indikation gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle nach Berechnung des Quotienten der Patientenzahl gemäß Nr. 2 und der Patientenzahl gemäß Nr. 1 zusammen mit den verbindlich vorzugebenden 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 *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* 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, 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 Gebührenordnungsposition 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 *Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle* 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-Bereinigungsrechnungen bis zum 19. Oktober 2016 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 383. Sitzung am 21. September 2016

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 Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle in Tabellen

Inhalt

Tabelle 1:	ICD-Codes zur Identifikation der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten	20
Tabelle 2:	ICD-Codes zur Identifikation der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten sowie zur Identifikation von weiteren Tumoren.....	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 1: ICD-Codes zur Identifikation der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten

ICD-Code	Diagnosetext
C15.-	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C16.-	Bösartige Neubildung des Magens
C17.-	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.-	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
C22.-	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.-	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
C25.-	Bösartige Neubildung des Pankreas
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C45.1	Mesotheliom, Mesotheliom des Peritoneums
C47.4	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems: Periphere Nerven des Abdomens
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
C48.1	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.4	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weich-

ICD-Code	Diagnosetext
	teilmgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilmgewebe des Beckens
C49.8	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilmgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilmgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
C74.-	Bösartige Neubildung der Nebenniere
C75.0	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Nebenschilddrüse
C75.8	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen: Beteiligung mehrerer endokriner Drüsen, nicht näher bezeichnet
C76.2	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen
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 2: ICD-Codes zur Identifikation der an einem gastrointestinalen Tumor oder Tumor der Bauchhöhle erkrankten Versicherten sowie zur Identifikation von weiteren Tumoren

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
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
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

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

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordnete Abrechnungsgruppe (AbrGr) in der Datengrundlage
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	AbrGr 1314 (Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie)
Strahlentherapie	AbrGr 2501 (Strahlentherapie)
Innere Medizin und Gastroenterologie	AbrGr 1313 (Innere Medizin, SP Gastroenterologie)
Allgemeinchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Viszeralchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	AbrGr 0901 (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde)
Nuklearmedizin (Kernteam)	AbrGr 1701 (Nuklearmedizin)
Anästhesiologie	AbrGr 0501 (Anästhesiologie)
Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	AbrGr 1701 (Nuklearmedizin)
Gefäßchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Innere Medizin und Angiologie	AbrGr 1311 (Innere Medizin, SP Angiologie)
Innere Medizin und Kardiologie	AbrGr 1315 (Innere Medizin, SP Kardiologie)
Neurologie	AbrGr 1601 (Neurologie)
Humangenetik	AbrGr 1101 (Humangenetik)
Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	AbrGr 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie)
Psychiatrie und Psychotherapie	AbrGr 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	AbrGr 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten) AbrGr 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2302 (Psychologische Psychotherapeuten) AbrGr 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie) AbrGr 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten)
Innere Medizin und Nephrologie	AbrGr 1316 (Innere Medizin, SP Ne-

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordnete Abrechnungsgruppe (AbrGr) in der Datengrundlage
	phrologie)
Laboratoriumsmedizin	AbrGr 1201 (Laboratoriumsmedizin)
Radiologie	AbrGr 2401 (Radiologie)
Pathologie	AbrGr 1901 (Pathologie)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	AbrGr 0801 (Gynäkologie)
Urologie	AbrGr 2601 (Urologie)
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	AbrGr 1312 (Innere Medizin, SP Endokrinologie)

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 Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordneter Fachgruppencode
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	27
Strahlentherapie	65
Innere Medizin und Gastroenterologie	26
Allgemeinchirurgie	06
Viszeralchirurgie	08
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
Nuklearmedizin (Kernteam)	54
Anästhesiologie	04
Nuklearmedizin (Hinzuzuziehende)	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 Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	58, 60, 61, 68
Innere Medizin und Nephrologie	29
Laboratoriumsmedizin	48
Radiologie	62
Pathologie	56
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
Urologie	67
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	25