

## **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.