

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**

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016
über indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zur Ermitt-
lung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-
spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereini-
gung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulant spezialfach-
ärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für
die Indikation pulmonale Hypertonie**

mit Wirkung zum 1. April 2017

Präambel

Zur Klarstellung der Vorgaben zur Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 angepasst.

1. Änderung von Absatz 2 in Abschnitt 10 des Beschlusses des Bewertungsaus- schusses in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016

Absatz 2 in Abschnitt 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung wird wie folgt neugefasst:

„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, abrechnet, werden die Auswahlbedingungen mindestens einer der in Tabelle 5 der Anlage aufgeführten Kategorien erfüllt.“

2. Hinzufügung einer neuen Tabelle 5

Die Anlage wird um eine neue Tabelle 5 „Vorgaben zur Identifikation der an pulmonaler Hypertonie erkrankten Versicherten: ICD-Codes in Kombination mit Gebührenordnungspositionen und ggf. Zusatzkriterien im Rahmen der Höchstwertbestimmung durch die Gesamtvertragspartner“ ergänzt:

Tabelle 5: Vorgaben zur Identifikation der an pulmonaler Hypertonie erkrankten Versicherten: ICD-Codes in Kombination mit Gebührenordnungspositionen und ggf. Zusatzkriterien im Rahmen der Höchstwertbestimmung durch die Gesamtvertragspartner

Kategorie	Auswahlbedingungen
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Behandlungsfall mit <ul style="list-style-type: none"> ➤ der Diagnose I27.0 (Diagnosesicherheit G oder V) und als Zusatzkriterium die Diagnose Z92.1 (Diagnosesicherheit G) und ➤ Gebührenordnungsposition 04410, 13550, 13545 oder 13650 mit Abrechnung von einem Arzt einer Kernteam-Fachgruppe und 2. abgerechnete Laborziffer 32097 oder 32247 im entsprechenden Quartal des Behandlungsfalls nach 1. oder einem der drei Vorquartale
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Behandlungsfall mit <ul style="list-style-type: none"> ➤ der Diagnose I27.2/I27.20 (Diagnosesicherheit G oder V) und ➤ Gebührenordnungsposition 04410, 13550, 13545 oder 13650 mit Abrechnung von einem Arzt einer Kernteam-Fachgruppe und 2. abgerechnete Laborziffer 32097 oder 32247 im entsprechenden Quartal des Behandlungsfalls nach 1. oder einem der drei Vorquartale
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Behandlungsfall mit <ul style="list-style-type: none"> ➤ der Diagnose I27.28 (Diagnosesicherheit G oder V) und ➤ Gebührenordnungsposition 04410, 13550, 13545 oder 13650 mit Abrechnung von einem Arzt einer Kernteam-Fachgruppe und 2. abgerechnete Laborziffer 32097 oder 32247 im entsprechenden Quartal des Behandlungsfalls nach 1. oder einem der drei Vorquartale sowie

	<p>3. zusätzlich Diagnose I50.13 oder I50.14 (Diagnosesicherheit G) in demselben Quartal (des Behandlungsfalls nach 1.) von einem Arzt einer Kernteam-Fachgruppe</p>
4	<p>1. Ein Behandlungsfall mit</p> <ul style="list-style-type: none">➤ der Diagnose P29.3 (Diagnosesicherheit G oder V) und➤ Gebührenordnungsposition 04410 mit Abrechnung von einem Arzt einer Kernteam-Fachgruppe für Kinder- und Jugendmedizin und <p>2. abgerechnete Laborziffer 04536 oder 32247 im entsprechenden Quartal des Behandlungsfalls nach 1. oder einem der drei Vorquartale</p>