

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.