

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 366. 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 Marfan-Syndrom

mit Wirkung zum 15. November 2015

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.

Im vorliegenden Beschluss macht der Bewertungsausschuss Vorgaben zu den entsprechenden Berechnungen für die Indikation *Marfan-Syndrom* gemäß Anlage 2k der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses. 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 den Beschlüssen aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen erhoben wurde, einschließlich der arztbezogenen Ergänzung für das Jahr 2013 gemäß Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014.

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. Juni 2014 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für das Jahr 2013 herangezogen. 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 mit Gültigkeit für das Jahr 2015 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 2013 (Analysejahr). Sofern nicht anders beschrieben, ist im vorliegenden Beschluss stets die Euro-Gebührenordnung des Jahres 2013 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: 2. Juli 2015) 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

Die Bestimmung von Selektivvertragsteilnehmern in den Daten erfolgt gemäß Abschnitt 2.2.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015. 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 am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Zur Identifikation der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten in den Daten werden die in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes verwendet.

2.5 Arztgruppenzuordnung

In der Spezifizierung des Behandlungsumfangs (Appendix) der Konkretisierung *Marfan-Syndrom* 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 2 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 des Jahres 2015 zuzuordnen sind. Welche Leistungen im Jahr 2015 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ergibt sich aus den ARZTRG87aREG-Daten des Jahres 2015. Die ARZTRG87aREG-Daten des Jahres 2015 werden dabei um Gebührenordnungspositionen des Jahres 2013 ergänzt, die vom Leistungsinhalt mit einer Gebührenordnungsposition des Jahres 2015 identisch sind.

2.8 Berücksichtigung von Pseudo-Gebührenordnungspositionen

Regional vereinbarte Gebührenordnungspositionen (Pseudo-Gebührenordnungspositionen) werden nicht berücksichtigt.

2.9 Berücksichtigung von Grundpauschalen

Es werden folgende Varianten berechnet:

Variante 1:

Alle im Appendix genannten Grundpauschalen bzw. die Entsprechungen dieser Grundpauschalen in der Datengrundlage (Gebührenordnungspositionen 04000, 04001, 04002, 04003, 04004, 04005, 04030, 04110, 04111, 04112, 04130, 07210, 07211, 07212, 13540, 13541, 13542, 18210, 18211, 18212) und Konsiliarpauschalen (Gebührenordnungspositionen 12210, 12220, 12225, 24210, 24211, 24212) werden in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt.

Variante 2:

Alle im Appendix genannten Grundpauschalen bzw. die Entsprechungen dieser Grundpauschalen in der Datengrundlage (Gebührenordnungspositionen 04000, 04001, 04002, 04003, 04004, 04005, 04030, 04110, 04111, 04112, 04130, 07210, 07211, 07212, 13540, 13541, 13542, 18210, 18211, 18212) werden nur in halber Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Alle im Appendix genannten Konsiliarpauschalen (Gebührenordnungspositionen 12210, 12220, 12225, 24210, 24211, 24212) werden in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt.

2.10 Berücksichtigung von neuen und modifizierten Leistungen im Appendix

Die nicht im Appendix genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08210, 08211, 08212, 11210, 11211, 11212, 13640, 13641, 13642, 14210, 14211, 22210, 22211, 22212, 23210, 23211, 23212, 23214 werden in Höhe einer Konsultationspauschale gemäß Euro-Gebührenordnung (1,80 Euro) berücksichtigt.

Für die von Ärzten der Abrechnungsgruppe Augenheilkunde abgerechneten, aber nicht im Appendix genannten Grundpauschalen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 06210, 06211, 06212 ist ein Wert von 6,35 Euro einzubeziehen.

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 Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen

Zuschläge zu Gebührenordnungspositionen des EBM werden wie folgt berücksichtigt:

Variante 1:

Die nicht im Appendix genannte Gebührenordnungsposition 04040 wird im 4. Quartal 2013 in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt, indem sie analog zu den Gebührenordnungspositionen des Appendix im Rahmen der Berechnungen berücksichtigt wird.

Variante 2:

Für jede abgerechnete Grundpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 04110, 04111, 04112 und 04130 im 1. bis 3. Quartal 2013 wird ein Abschlag in Höhe der Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung (14,00 Euro) berücksichtigt.

2.12 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

Leistungen im Appendix aus Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden im 1. bis 3. Quartal 2013 bei der Leistungsmengenermittlung nach Abschnitt 4 und 6 in Höhe der Bewertung gemäß Euro-Gebührenordnung des 4. Quartals 2013 berücksichtigt. Zudem werden die gemäß Abschnitt 7 bis 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Änderungen der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 im 1. bis 4. Quartal 2013 berücksichtigt.

3. Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Die Identifikation der Versicherten, die am Marfan-Syndrom erkrankt sind, erfolgt in der Datengrundlage getrennt für jedes Quartal des Analysejahres. In einem Quartal des Analysejahres gilt ein Versicherter genau dann als am Marfan-Syndrom erkrankt (Quartalspatient), wenn in diesem Quartal die folgende Bedingung erfüllt ist:

In mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten, in dem ein Arzt einer der im Appendix genannten Arztgruppen (nach Zuordnung gemäß Abschnitt 2.5) unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2.6 eine der im Appendix genannten Gebührenordnungspositionen abrechnet, findet sich eine der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-

Codes. Dabei werden nur Verdachtsdiagnosen und gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

4. Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Die historische Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten (Quartalspatienten) gemäß Nr. 3 Absatz 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 wird für alle Quartalspatienten gemäß Abschnitt 3 berechnet

1. unter Berücksichtigung der Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2.5
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-Gebührenordnungspositionen 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 des Umgangs mit Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2.11
8. unter Berücksichtigung von Bewertungseffekten gemäß Abschnitt 2.12
9. unter ausschließlicher Berücksichtigung von
 - a. Behandlungsfällen mit einer in Tabelle 1 der Anlage aufgeführten Diagnose mit dem Zusatz Verdachts- oder gesicherte Diagnose und/oder
 - b. Behandlungsfällen mit dem Diagnosecode UUU der ausschließlich auftragnehmenden Ärzte der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin und Radiologie sowie 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. 9 berücksichtigt. Eine Mehrfachinanspruchnahme liegt vor, wenn bei einem Quartalspatienten in den in Satz 1 ge-

nannten Behandlungsfällen eine der folgenden Gebührenordnungspositionen (ohne Berücksichtigung von Suffixen) in einem Quartal durch mindestens zwei verschiedene Ärzte abgerechnet wird: 04410, 06333, 11310, 11320, 11321, 11322, 13545, 13550, 33073, 34480.

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 am Marfan-Syndrom 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 findet sich in den Daten für den Versicherten keine der in Tabelle 1 der Anlage aufgeführten Diagnosen.
2. In diesem Quartal findet sich in den Daten für den Versicherten keine Diagnose einer mit dem Marfan-Syndrom assoziierten Erkrankung gemäß Tabelle 3 der Anlage. Dabei werden die ICD-Codes H52.0, H52.1 und H52.2 nur dann als assoziierte Erkrankungen berücksichtigt, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Codes im Analysejahr bei dem Versicherten codiert wurden; der ICD-Code I10.90 wird nur dann als assoziierte Erkrankung berücksichtigt, wenn im Analysejahr bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Code des ICD-Kapitels IX codiert wurde.
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
 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-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2.8
 5. unter Berücksichtigung der Grundpauschalen gemäß Abschnitt 2.9
 6. ohne Berücksichtigung der Grundpauschalen gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2
 7. unter Berücksichtigung des Umgangs mit Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2.11
 8. unter Berücksichtigung von Bewertungseffekten gemäß Abschnitt 2.12
- 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) Appendix-MGV-Leistungsbedarfs (LB_i) der n matchbaren Quartalspatienten ge-

setzt 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 z08a 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 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 auf Quartalsebene.

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 z08a, 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 ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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 z08a quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) bestimmt, wobei die in Tabelle 1 der Anlage aufgeführten Diagnosen sowie die in Tabelle 3 der Anlage aufgeführten Diagnosen von assoziierten Erkrankungen unter Berücksichtigung folgender Bedingungen zuvor ausgeschlossen werden: Die ICD-Codes H52.0, H52.1 und H52.2 werden nur dann ausgeschlossen, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Codes im Analysejahr bei dem Versicherten codiert wurden; der ICD-Code I10.90 wird nur ausgeschlossen, wenn im Analysejahr bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Code des ICD-Kapitels IX codiert wurde. 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 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 z08a 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 z08a werden die in Tabelle 1 der Anlage aufgeführten Diagnosen sowie die in Tabelle 3 der Anlage aufgeführten Diagnosen von assoziierten Erkrankungen bei der Bestimmung der CCs unter Berücksichtigung folgender Bedingungen ausgeschlossen: Die ICD-Codes H52.0, H52.1 und H52.2 werden nur dann ausgeschlossen, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Codes im Analysejahr bei dem Versicherten codiert wurden; der ICD-Code I10.90 wird nur dann ausgeschlossen, wenn im Analysejahr bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Code des ICD-Kapitels IX codiert wurde.

Für alle Versicherten wird daneben die Altersgruppe bestimmt, wobei die Altersgruppen genauso abgegrenzt werden wie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) im zeitgleichen Klassifikationssystem z08a.

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 Score 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 Zuspätkommen 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 7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 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.

$$LM_{KV} = (LM_{Abschnitt\ 4\ KV} - \widetilde{LM}_{KV} - MFI) \cdot MMF + \widetilde{LM}_{KV}$$

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 335. Sitzung 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

Der Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V- zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten wird für die Indikation Marfan-Syndrom auf eins festgesetzt.

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 335. Sitzung am 24. September 2014 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 *Marfan-Syndrom* erkrankt, wenn folgende Bedingung erfüllt ist:

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 abrechnet, findet sich mindestens einer der in Tabelle 1 der Anlage genannten ICD-Codes. Dabei werden nur Verdachtsdiagnosen und gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

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 8 beschriebene Vorgehensweise auszuwerten und seine Ergebnisse der AG ASV-Bereinigungsrechnungen bis zum 30. November 2015 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 366. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Festlegungen zu indikationsspezifischen Berechnungs- vorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen indikati- onsspezifischen und KV-spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbe- darfs aufgrund ambulant spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für die Indikation Marfan-Syndrom

Inhalt

Tabelle 1: ICD-Codes zur Identifikation der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten	20
Tabelle 2: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Arztgruppen zu Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage ..	21
Tabelle 3: Liste von assoziierten Erkrankungen für die Indikation Marfan-Syndrom ..	23
Tabelle 4: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses 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.....	24

Tabelle 1: ICD-Codes zur Identifikation der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

ICD-Code	Diagnosetext
Q87.4	Marfan-Syndrom
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta

Tabelle 2: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Arztgruppen zu Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage

Arztgruppe im Appendix der Konkretisierung <i>Marfan-Syndrom</i> der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordnete Abrechnungsgruppe (AbrGr) in der Datengrundlage
Herzchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Innere Medizin und Kardiologie	AbrGr 1315 (Innere Medizin, SP Kardiologie)
Orthopädie und Unfallchirurgie	AbrGr 1801 (Orthopädie)
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	AbrGr 0401 (Kinder- und Jugendmedizin) sowie Abrechnung der GOP 04410
Augenheilkunde	AbrGr 0601 (Augenheilkunde)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	AbrGr 0801 (Gynäkologie)
Gefäßchirurgie	AbrGr 0701 (Chirurgie)
Humangenetik	AbrGr 1101 (Humangenetik) AbrGr 9306 (Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich) AbrGr 9307 (Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend)
Innere Medizin und Pneumologie	AbrGr 1317 (Innere Medizin, SP Pneumologie)
Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	AbrGr 0401 (Kinder- und Jugendmedizin) sowie Abrechnung der GOP 04530
Laboratoriumsmedizin	AbrGr 1201 (Laboratoriumsmedizin)

Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	AbrGr 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie)
Psychiatrie und Psychotherapie	AbrGr 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie)
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	AbrGr 2202 (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)
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AbrGr 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
Radiologie	AbrGr 2401 (Radiologie)

Tabelle 3: Liste von assoziierten Erkrankungen für die Indikation Marfan-Syndrom

Diagnose	Text
H52.0	Hypermetropie
H52.1	Myopie
H52.2	Astigmatismus
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica ohne Angabe einer Ruptur
I71.9	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
M41.99	Skoliose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q66.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Füße

Tabelle 4: Zuordnung der im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 <i>Marfan-Syndrom</i> der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V	Zugeordneter Fachgruppencode
Herzchirurgie	99
Innere Medizin und Kardiologie	28
Orthopädie und Unfallchirurgie	10
Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	36, 42
Augenheilkunde	05
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15, 16, 17, 18
Gefäßchirurgie	07
Humangenetik	22
Innere Medizin und Pneumologie	30
Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	39, 45
Laboratoriumsmedizin	48
Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	47, 58, 59, 60, 69
Psychiatrie und Psychotherapie	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47, 69
Radiologie	62, 63, 64, 65

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 366. 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 Marfan-Syndrom mit Wirkung zum 15. November 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 *Marfan-Syndrom* gemäß Anlage 2k 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 am Marfan-Syndrom 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 am Marfan-Syndrom 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 benennt den anzuwendenden Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V- zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten nach diesem Beschluss.

Abschnitt 10 gibt vor, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat.

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 2013 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 am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Abschnitt 2.4 legt fest, welche ICD-Codes zur Identifizierung eines am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten genutzt werden. Hierbei wird die Liste von ICD-Codes verwendet, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 2k der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V bestimmt hat.

3.6 Arztgruppenzuordnung

Abschnitt 2.5 legt fest, wie die in der Anlage 2k 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.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Appendix-Leistungsmenge wird von Ärzten erbracht, die der arztgruppenübergreifende Abrechnungsgruppe (9306) bzw. die der versorgungsbereichsübergreifende Abrechnungsgruppe (9307) zugeordnet wurden. Weitergehende Analysen haben gezeigt, dass es sich hierbei insbesondere um Ärzte handelt, die humangenetische Leistungen abgerechnet haben. Ärzte mit den Abrechnungsgruppen 9306 und 9307 werden daher für die Berechnungen der Abrechnungsgruppe der Humangenetiker (Abrechnungsgruppe 1101) gleichgestellt.

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 2015 in das Jahr 2013 (Jahr der Datengrundlage) übertragen wird und um diejenigen Leistungen ergänzt wird, die im Jahre 2013 vom Leistungsinhalt mit einer Leistung aus dem Jahre 2015 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 und Konsiliarpauschalen in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Es ist hiermit die Annahme verbunden, dass die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen und Konsiliarpauschalen 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. und Konsiliarpauschalen in voller Höhe 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. 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 1,80 Euro berücksichtigt werden. Dieser Wert entspricht der Bewertung einer Konsultationspauschale im Jahr der Datengrundlage (2013). Zudem wird die Häufigkeit der Berücksichtigung der Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten je Arztgruppe und Quartalspatient auf eins begrenzt.

Da die Bewertung der Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale (Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus, subjektive und objektive Refraktionsbestimmung, tonometrische Untersuchung, Beurteilung des zentralen Fundus, Gonioskopie, Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, Kontrolle vorhandener Sehhilfen und/oder Messung der Akkommodationsbreite) noch nicht durch den ergänzten Bewertungsausschuss erfolgt ist, erfolgt für diese Leistung eine normative Festlegung. Es wird festgelegt, dass für hinzuzuziehende Ärzte der Arztgruppe Augenheilkunde anstatt des Wertes von 1,80 Euro für eine Grundpauschale ein Wert von 6,35 Euro für die Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale berücksichtigt wird.

Die vorgenannten Beträge werden bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors (MMF) gemäß Abschnitt 6.1.3 nicht berücksichtigt, sondern ausschließlich bei der Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient gemäß Abschnitt 4, da sie eine normative Bewertung darstellen.

3.12 Berücksichtigung von Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 2.11 legt fest, dass bei der Berücksichtigung von Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen zwei Varianten gerechnet werden.

1. In Variante 1 wird die nicht im Appendix enthaltene Gebührenordnungsposition 04040 im 4. Quartal 2013 gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt, da die Gebührenordnungsposition 04040 im Kollektivvertrag nicht mehr zugesetzt wird, wenn eine pädiatrische Versichertenpauschale auf-

grund der Verlagerung in die ASV nicht mehr im Kollektivvertrag abgerechnet wird.

2. In Variante 2 wird im 1. bis 3. Quartal 2013 bei jeder abgerechneten pädiatrischen Versichertenpauschale (04110, 04111, 04112 und 04130) ein Abschlag in Höhe der Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung (14,00 Euro) berücksichtigt. Im 1. bis 3. Quartal 2013 war die Zusatzpauschale 04040 in der pädiatrischen Versichertenpauschale enthalten. Da jedoch die Gebührenordnungsposition 04040 nicht innerhalb der ASV abgerechnet werden kann, wird für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 der Wert der Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung des 4. Quartals vom Wert der pädiatrischen Versichertenpauschalen im 1. bis 3. Quartal 2013 abgezogen.

3.13 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

Abschnitt 2.12 regelt die Berücksichtigung von Bewertungseffekten für human-genetische Leistungen, die Bestandteil des Appendix sind. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 u. a. für die Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 die Bewertungen zum 4. Quartal 2013 angepasst. Es wird festgelegt, dass die drei Gebührenordnungspositionen im 1. bis 3. Quartal 2013 mit der Höhe der Bewertung aus dem 4. Quartal 2013 berücksichtigt werden, da diese Gebührenordnungspositionen zukünftig im Rahmen der ASV mit den ab diesem Zeitraum gültigen Bewertungen abgerechnet werden. Vor diesem Hintergrund werden auch die beschlossenen Änderungen der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 gemäß Abschnitt 7 bis 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im 1. bis 4. Quartal 2013 berücksichtigt.

3.14 Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

In Abschnitt 3 wird das Vorgehen zur Identifikation von Versicherten bestimmt, die in einem Quartal des Analysejahres 2013 am Marfan-Syndrom 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 Diagnose „Marfan-Syndrom“ mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ auch noch von einem Arzt behandelt worden ist, dessen Arztgruppe grundsätzlich berechtigt ist, innerhalb der ASV bei dieser Indikation Leistungen abzurechnen.

3.15 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom 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 „Marfan-Syndrom“ mit Diagnose-sicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ codiert wird.
- Behandlungsfälle mit Diagnose „UUU“, wenn in diesen Behandlungsfällen ein Arzt der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Radiologie und Humangenetik 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.

3.16 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.

3.17 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom 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 Marfan-Syndrom 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 Fachgruppe unter Beachtung der Fachgruppenspezifität 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 des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 bestimmt wird. Diese bundeseinheitliche Abgrenzung ist anzuwenden, da die ermittelten Kostengewichte bundeseinheitlich verwendet werden. Der nachgelagerte Kalibrierungsalgorithmus gewährleistet, dass negative und statistisch in-signifikante 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 die Diagnosen für das Marfan-Syndrom

sowie die assoziierten Diagnosen 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 der Krankheit Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese 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 Marfan-Syndrom in ihrer Morbiditätsstruktur vergleichbar, wenn sie vergleichbar hohe geschätzte Wahrscheinlichkeiten haben, am Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese geschätzten Wahrscheinlichkeiten dienen entsprechend im Propensity-Score-Verfahren als Matching-Kriterium.

3.18 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 und der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2, multipliziert mit dem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor sowie unter Zusetzung der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2 bestimmt wird.

3.19 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, soll neben diesen Durchschnitten weitere Maßzahlen ermittelt und berichtet werden. Dieses wird in Abschnitt 8 bestimmt.

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

Am Marfan-Syndrom 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 Marfan-Syndrom wird dieser Umrechnungsfaktor in Abschnitt 9 normativ auf eins festgelegt, da die Bestimmungen für einen Quartalspatienten aufgrund vom Marfan-Syndrom nach § 116b (alt) SGB V und § 116b (neu) SGB V nahezu identisch sind.

3.21 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.

3.22 Beauftragung des Institut des Bewertungsausschusses

In Abschnitt 11 beauftragt der Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der in diesem Beschluss beschriebenen Berechnungen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 366. 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 Marfan-Syndrom mit Wirkung zum 15. November 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 *Marfan-Syndrom* gemäß Anlage 2k 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 am Marfan-Syndrom 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 am Marfan-Syndrom 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 benennt den anzuwendenden Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V- zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten nach diesem Beschluss.

Abschnitt 10 gibt vor, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat.

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 2013 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 am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Abschnitt 2.4 legt fest, welche ICD-Codes zur Identifizierung eines am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten genutzt werden. Hierbei wird die Liste von ICD-Codes verwendet, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 2k der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V bestimmt hat.

3.6 Arztgruppenzuordnung

Abschnitt 2.5 legt fest, wie die in der Anlage 2k 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.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Appendix-Leistungsmenge wird von Ärzten erbracht, die der arztgruppenübergreifende Abrechnungsgruppe (9306) bzw. die der versorgungsbereichsübergreifende Abrechnungsgruppe (9307) zugeordnet wurden. Weitergehende Analysen haben gezeigt, dass es sich hierbei insbesondere um Ärzte handelt, die humangenetische Leistungen abgerechnet haben. Ärzte mit den Abrechnungsgruppen 9306 und 9307 werden daher für die Berechnungen der Abrechnungsgruppe der Humangenetiker (Abrechnungsgruppe 1101) gleichgestellt.

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 2015 in das Jahr 2013 (Jahr der Datengrundlage) übertragen wird und um diejenigen Leistungen ergänzt wird, die im Jahre 2013 vom Leistungsinhalt mit einer Leistung aus dem Jahre 2015 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 und Konsiliarpauschalen in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Es ist hiermit die Annahme verbunden, dass die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen und Konsiliarpauschalen 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. und Konsiliarpauschalen in voller Höhe 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. 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 1,80 Euro berücksichtigt werden. Dieser Wert entspricht der Bewertung einer Konsultationspauschale im Jahr der Datengrundlage (2013). Zudem wird die Häufigkeit der Berücksichtigung der Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten je Arztgruppe und Quartalspatient auf eins begrenzt.

Da die Bewertung der Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale (Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus, subjektive und objektive Refraktionsbestimmung, tonometrische Untersuchung, Beurteilung des zentralen Fundus, Gonioskopie, Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, Kontrolle vorhandener Sehhilfen und/oder Messung der Akkommodationsbreite) noch nicht durch den ergänzten Bewertungsausschuss erfolgt ist, erfolgt für diese Leistung eine normative Festlegung. Es wird festgelegt, dass für hinzuzuziehende Ärzte der Arztgruppe Augenheilkunde anstatt des Wertes von 1,80 Euro für eine Grundpauschale ein Wert von 6,35 Euro für die Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale berücksichtigt wird.

Die vorgenannten Beträge werden bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors (MMF) gemäß Abschnitt 6.1.3 nicht berücksichtigt, sondern ausschließlich bei der Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient gemäß Abschnitt 4, da sie eine normative Bewertung darstellen.

3.12 Berücksichtigung von Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen

Abschnitt 2.11 legt fest, dass bei der Berücksichtigung von Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen zwei Varianten gerechnet werden.

1. In Variante 1 wird die nicht im Appendix enthaltene Gebührenordnungsposition 04040 im 4. Quartal 2013 gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt, da die Gebührenordnungsposition 04040 im Kollektivvertrag nicht mehr zugesetzt wird, wenn eine pädiatrische Versichertenpauschale auf-

grund der Verlagerung in die ASV nicht mehr im Kollektivvertrag abgerechnet wird.

2. In Variante 2 wird im 1. bis 3. Quartal 2013 bei jeder abgerechneten pädiatrischen Versichertenpauschale (04110, 04111, 04112 und 04130) ein Abschlag in Höhe der Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung (14,00 Euro) berücksichtigt. Im 1. bis 3. Quartal 2013 war die Zusatzpauschale 04040 in der pädiatrischen Versichertenpauschale enthalten. Da jedoch die Gebührenordnungsposition 04040 nicht innerhalb der ASV abgerechnet werden kann, wird für die ersten drei Quartale des Jahres 2013 der Wert der Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung des 4. Quartals vom Wert der pädiatrischen Versichertenpauschalen im 1. bis 3. Quartal 2013 abgezogen.

3.13 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

Abschnitt 2.12 regelt die Berücksichtigung von Bewertungseffekten für human-genetische Leistungen, die Bestandteil des Appendix sind. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 u. a. für die Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 die Bewertungen zum 4. Quartal 2013 angepasst. Es wird festgelegt, dass die drei Gebührenordnungspositionen im 1. bis 3. Quartal 2013 mit der Höhe der Bewertung aus dem 4. Quartal 2013 berücksichtigt werden, da diese Gebührenordnungspositionen zukünftig im Rahmen der ASV mit den ab diesem Zeitraum gültigen Bewertungen abgerechnet werden. Vor diesem Hintergrund werden auch die beschlossenen Änderungen der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 gemäß Abschnitt 7 bis 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im 1. bis 4. Quartal 2013 berücksichtigt.

3.14 Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

In Abschnitt 3 wird das Vorgehen zur Identifikation von Versicherten bestimmt, die in einem Quartal des Analysejahres 2013 am Marfan-Syndrom 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 Diagnose „Marfan-Syndrom“ mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ auch noch von einem Arzt behandelt worden ist, dessen Arztgruppe grundsätzlich berechtigt ist, innerhalb der ASV bei dieser Indikation Leistungen abzurechnen.

3.15 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom 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 „Marfan-Syndrom“ mit Diagnose-sicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ codiert wird.
- Behandlungsfälle mit Diagnose „UUU“, wenn in diesen Behandlungsfällen ein Arzt der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Radiologie und Humangenetik 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.

3.16 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.

3.17 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom 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 Marfan-Syndrom 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 Fachgruppe unter Beachtung der Fachgruppenspezifität 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 Versicherter 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 des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 bestimmt wird. Diese bundeseinheitliche Abgrenzung ist anzuwenden, da die ermittelten Kostengewichte bundeseinheitlich verwendet werden. Der nachgelagerte Kalibrierungsalgorithmus gewährleistet, dass negative und statistisch in-signifikante 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 die Diagnosen für das Marfan-Syndrom

sowie die assoziierten Diagnosen 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 der Krankheit Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese 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 Marfan-Syndrom in ihrer Morbiditätsstruktur vergleichbar, wenn sie vergleichbar hohe geschätzte Wahrscheinlichkeiten haben, am Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese geschätzten Wahrscheinlichkeiten dienen entsprechend im Propensity-Score-Verfahren als Matching-Kriterium.

3.18 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 und der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2, multipliziert mit dem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor sowie unter Zusetzung der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2 bestimmt wird.

3.19 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, soll neben diesen Durchschnitten weitere Maßzahlen ermittelt und berichtet werden. Dieses wird in Abschnitt 8 bestimmt.

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

Am Marfan-Syndrom 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 Marfan-Syndrom wird dieser Umrechnungsfaktor in Abschnitt 9 normativ auf eins festgelegt, da die Bestimmungen für einen Quartalspatienten aufgrund vom Marfan-Syndrom nach § 116b (alt) SGB V und § 116b (neu) SGB V nahezu identisch sind.

3.21 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.

3.22 Beauftragung des Institut des Bewertungsausschusses

In Abschnitt 11 beauftragt der Bewertungsausschuss das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der in diesem Beschluss beschriebenen Berechnungen.