

## **B E S C H L U S S**

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 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 Marfan-Syndrom ab dem  
Bereinigungsquartal 1/2017**

**mit Wirkung zum 21. Juni 2017**

---

### **Präambel**

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV). Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 allgemeine Verfahrensvorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie die Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Ermittlung durchschnittlicher indikationsspezifischer und KV-spezifischer historischer Leistungsmengen je Patient beschlossen. Dieser Beschluss ersetzt einen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014.

Mit Beschluss in seiner 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die entsprechenden Berechnungsvorgaben für das Institut des Bewertungsausschusses zur Neuberechnung für die Indikation *Marfan-Syndrom* konkretisiert und das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung von Berechnungen auf der Grundlage dieser indikationsspezifischen Vorgaben beauftragt.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat auf Basis der Vorgaben des Bewertungsausschusses Berechnungen durchgeführt und seine Ergebnisse dem Bewertungsausschuss vorgelegt.

## 1. Befristung bestehender Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 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 *Marfan-Syndrom* wird befristet bis einschließlich zum Bereinigungsquartal 4/2016. Die Regelungen des vorliegenden Beschlusses gelten ab dem Bereinigungsquartal 1/2017.

## 2. Durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient

Auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gibt der Bewertungsausschuss unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten hiermit die durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation *Marfan-Syndrom* je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von 117 €
- Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von 117 €

### **3. Nachrichtliche Mitteilung des verwendeten Quartals der ARZTRG87aREG-Daten**

Für die Berechnung der Beträge in Abschnitt 2 hat das Institut des Bewertungsausschusses die ARZTRG87aREG-Daten des Berichtsquartals 2/2016 zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogen.

## Entscheidungserhebliche Gründe

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 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 Marfan-Syndrom ab dem Bereinigungsquartal 1/2017 mit Wirkung zum 21. Juni 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 *Marfan-Syndrom* vom Institut des Bewertungsausschusses auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben errechnet wurde.

In Abschnitt 1 des Beschlusses wird die Nutzung der bisherigen, gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 berechneten durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für die Indikation *Marfan-Syndrom* bis einschließlich zum Bereinigungsquartal 4/2016 befristet. Ab dem Bereinigungsquartal 1/2017 finden die durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmengen je Patient für die Indikation *Marfan-Syndrom* des vorliegenden Beschlusses Anwendung.

In Abschnitt 2 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 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) berücksichtigt.

Als Information für die regionalen Gesamtvertragspartner wird in Abschnitt 3 des Beschlusses das zur Ermittlung der MGV-Abgrenzung herangezogene Berichtsquartal der ARZTRG87aREG-Daten nachrichtlich mitgeteilt.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 21. Juni 2017 in Kraft.