

**Ermittlung der KV-spezifischen ASV-Fallwerte in Punkten
und der Patientenzahl-Höchstwerte für die Indikation Marfan-
Syndrom (MFS)**

25. Juni 2018

Adresse und Kontakt

Institut des Bewertungsausschusses
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
info@institut-ba.de

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	4
2	Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten	5
3	Bestimmung der ASV-Leistungsmenge	5
4	Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge der erkrankten Versicherten	6
5	Mehrfachinanspruchnahme	8
6	Umrechnungsfaktor von §-116b-SGB-V-(alt)-Patienten zu §-116b-SGB-V-(neu)-Patienten	9
7	Datengrundlage für die Analysen	9
7.1	Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“)	9
7.2	Analysezeitraum	10
7.3	Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken	10
7.4	Bestimmung und Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern	11
7.5	Ausschluss von Personen mit Kostenübernahme	11
7.6	Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	11
7.7	Demografische Hochrechnungsfaktoren	11
8	Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors	12
8.1	Allgemeine Festlegungen	12
8.2	Verfahren auf Basis des Risikowertes	14
8.3	Verfahren auf Basis des Propensity Scores	16
9	Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen bei Unterschreitung der Mindestanzahl von Quartalspatienten	18
10	Ermittlung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Patientenzahl-Höchstwert)	18
11	Beschreibung der Berechnungsvarianten	19
12	Ergebnisse	19
12.1	Ergebnisse der Berechnungsvarianten	19
12.2	Beschlossene ASV-Fallwerte	24
12.3	Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte	24

Vorwort

In den nachfolgenden Abschnitten werden die indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben, welche als Grundlage der Bestimmung der ASV-Fallwerte gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) dienen, detailliert beschrieben. Die im Abschnitt 8 dargestellten methodischen Erläuterungen sind nicht indikationsspezifisch. Es ist daher möglich, auf das Lesen dieses Abschnitts bei den weiteren veröffentlichten Berichten zur Ermittlung der KV-spezifischen ASV-Fallwerte und der Patientenzahl-Höchstwerte zu weiteren ASV-Indikationen zu verzichten. Aus Gründen der Transparenz wird von der Verkürzung des Berichtes um diesen Abschnitt abgesehen.

1 Hintergrund

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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 KV-spezifischen ASV-Fallwerte in Punkten sowie die KV-spezifischen Patientenzahl-Höchstwerte auf Grundlage von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses beschließt. Die Festlegungen für die Berechnungen durch das Institut werden in der AG ASV-Bereinigungsrechnungen vorbereitet, abgestimmt und freigegeben. Die indikationsspezifischen Vorgaben werden in Tabellen im Excel-Format festgehalten, und auf deren Grundlage werden maschinell verarbeitbare Dateien im csv-Format erstellt. Die Struktur dieser Dateien im csv-Format ergibt sich aus dem technischen Anhang 2 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Diese Dateien im csv-Format und zusätzlich im Excel-Format werden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/asvbereinigung/berechnungsgrundlagen.html>) veröffentlicht.

Im vorliegenden Bericht werden die Vorgaben zu den entsprechenden Berechnungen für die Indikation Marfan-Syndrom (MFS) in Berechnungsvarianten näher beschrieben. Auf Basis dieser Vorgaben hat das Institut des Bewertungsausschusses die Berechnungen durchgeführt, wobei generell der Leistungsbedarf in Punkten verwendet wurde und in Euro bewertete Gebührenordnungspositionen mit dem Orientierungswert des Jahres 2018 in Höhe von 10,6543 Cent in Punkte umgerechnet wurden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Es sind natürlich grundsätzlich beide Geschlechter gemeint.

2 Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Grundlage für die Berechnungen ist die Identifikation derjenigen Versicherten, die im Jahr 2015 in der ASV hätten behandelt werden können, wenn eine Behandlung in der ASV bereits möglich gewesen wäre.

Zunächst erfolgt die Identifikation der Versicherten in den vorliegenden Daten, die am Marfan-Syndrom erkrankt sind. In einem Quartal des Jahres 2015 gilt ein Versicherter genau dann als am Marfan-Syndrom erkrankt (im Folgenden Quartalspatient), wenn in diesem Quartal alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. In mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten mit folgenden Kriterien findet sich ein Appendix-MGV-Leistungsbedarf von größer null:
 - a) Abrechnung durch einen Arzt einer der im Appendix genannten Arztgruppen (nach Zuordnung gemäß der Datei ABRGR_2K0100_001.csv¹).
 - b) Abrechnung mindestens einer in der Appendixversion 006 (veröffentlicht auf <http://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>) oder in der Datei APPENDIXERWEITERUNG_2K0100_001.csv genannten Gebührenordnungsposition.
 - c) Die zu berücksichtigenden Gebührenordnungspositionen werden in der Abgrenzung gemäß Abschnitt 7.6 der MGV zugeordnet.
 - d) Die erbrachten Leistungen im Appendix aus den Kapiteln 1, 2 und 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-MGV-Leistungsbedarfs nur berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe gemäß Appendix diese Leistungen innerhalb der ASV abrechnen kann. Die erbrachten Leistungen im Appendix aus allen weiteren Kapiteln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-MGV-Leistungsbedarfs berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe im Appendix genannt wird.
 - e) Ein gemäß der Datei AUFGRIFFF_2K0100_001.csv genannter ICD-Kode unter Berücksichtigung der in der Datei aufgeführten Diagnosesicherheit kodiert worden ist.

3 Bestimmung der ASV-Leistungsmenge

Um die durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient in Punkten (im Folgenden ASV-Leistungsmenge) auf KV- wie auch Bundesebene (LM_{KV}) gemäß Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu bestimmen, wird wie in der nachfolgenden Aufzählung beschrieben vorgegangen. Dabei durchläuft der Index KV die Werte „Schleswig-Holstein“, „Hamburg“,

¹Die regionalen Gesamtvertragspartner können eine Zuordnung anhand der in der Datei FG_2K0100_001.csv genannten Fachgruppen vornehmen.

„Bremen“, „Niedersachsen“, „Westfalen-Lippe“, „Nordrhein“, „Hessen“, „Rheinland-Pfalz“, „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Saarland“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Brandenburg“, „Sachsen-Anhalt“, „Thüringen“, „Sachsen“ und „Bund“.

1. Die durchschnittlichen KV-spezifischen und bundesdurchschnittlichen historischen Leistungsmengen gemäß Abschnitt 4 ($LM_{KV}^{ASV-Ausgangsleistungsmenge}$, im Folgenden ASV-Ausgangsleistungsmenge) werden in Varianten ermittelt.
2. Die gesondert zu behandelnden Tatbestände werden berücksichtigt und als Beträge gemäß Abschnitt 4 Nr. 6 Spiegelstrich 1 und 2 (\widetilde{LM}_{KV}) der jeweils berechneten Variante bestimmt.
3. Der bundeseinheitliche Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme gemäß Abschnitt 5 (MFI) wird ermittelt.
4. Vom ermittelten Wert aus Nr. 1 werden die Werte aus den Nrn. 2 und 3 abgezogen und das Ergebnis mit dem multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor (MMF) gemäß Abschnitt 8.1.3 der jeweils berechneten Variante multipliziert.
5. Abschließend werden die Beträge gemäß Abschnitt 4 Nr. 6 Spiegelstrich 1 und 2 der jeweils berechneten Variante wieder hinzuaddiert.

Die Rechnung in formaler Schreibweise lautet:

$$LM_{KV} = (LM_{KV}^{ASV-Ausgangsleistungsmenge} - \widetilde{LM}_{KV} - MFI) \cdot MMF + \widetilde{LM}_{KV}$$

4 Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge der erkrankten Versicherten

Die ASV-Ausgangsleistungsmenge der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten (Quartalspatienten) gemäß Abschnitt 2 wird für alle Quartalspatienten unter Berücksichtigung der folgenden Sachverhalte berechnet:

1. Jeweilige Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 a).
2. Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 d).
3. Appendix-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2 Nr.1 b).
4. Jeweilige MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 c).
5. Jeweiligen Grundpauschalen gemäß folgenden Varianten
 - Variante 1: Alle in der Datei GRUNDPAUSCHALEN_2K0100_001.csv genannten Grundpauschalen des Kernteams bzw. die genannten Entsprechungen dieser Grundpauschalen in der Datengrundlage werden in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung

berücksichtigt.

- Variante 2: Alle in der Datei GRUNDPAUSCHALEN_2K0100_001.csv genannten Grundpauschalen des Kernteams bzw. die genannten Entsprechungen dieser Grundpauschalen in der Datengrundlage werden nur in halber Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt.
6. Umgang mit den jeweiligen neuen und modifizierten Leistungen im Appendix:
- Die in der Datei GRUNDPALKONSULTP_2K0100_001.csv genannten, nicht im Appendix enthaltenen Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten werden in Höhe einer Konsultationspauschale von 18 Punkten berücksichtigt.
 - Die genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten werden bei der Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge bei jedem Quartalspatienten je Arztgruppe höchstens einmal berücksichtigt.
 - Bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors (MMF) gemäß Abschnitt 8.1.3 werden die oben genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten nicht berücksichtigt.
7. Zuschlags-Gebührenordnungspositionen in der Datei ZUSCHLAGSGOP_2K0100_001.csv werden in Varianten wie folgt berücksichtigt:
- Variante 1: Die genannten Gebührenordnungspositionen werden im Rahmen der Berechnungen berücksichtigt.
 - Variante 2: Die genannten Gebührenordnungspositionen werden im Rahmen der Berechnungen nicht berücksichtigt.
8. Berücksichtigung nachfolgend genannter Bewertungseffekte

Leistungen aus Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden gemäß den in den Abschnitten 7 bis 9 im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Änderungen der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 berücksichtigt.

Berücksichtigung der Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 in Summe bis zum Höchstwert von 38.964 Punkten (Datei BEGRENZUNGGOP_2K0100_001.csv). Wenn der jeweilige Höchstwert erreicht wird, dann wird das jeweilige Punktzahlvolumen des Quartalspatienten mit einem Faktor multipliziert; dieser Faktor ist der Quotient aus Höchstwert und abgerechneter Leistungsmenge.

Die Gebührenordnungsposition 32097 wird mit der ab 1. Oktober 2016 geltenden Bewertung in Höhe von 1940 Cent/10,6543 Punkten berücksichtigt.

Die Gebührenordnungsposition 34291 wird mit der ab 1. Oktober 2016 geltenden Bewertung in Höhe von 3.227 Punkten plus 250 Cent (letzteres, sofern die Ziffer 40306 der MGV zugeordnet ist) berücksichtigt.

9. Höchstwert-Gebührenordnungspositionen gemäß Datei HOECHSTWERT_2K0100_001.csv mit Bewertungsanpassung unter Verwendung des jeweiligen Faktors.
10. Unter ausschließlicher Berücksichtigung von
 - Behandlungsfällen mit in der Datei AUFGRIFF_2K0100_001.csv genannten Diagnosen unter Berücksichtigung der dort ebenfalls genannten Diagnosesicherheit und/oder
 - Behandlungsfällen mit dem Diagnosekode UUU der ausschließlich auftragnehmenden Ärzte der in der Datei UUUABRGR_2K0100_001.csv genannten Arztgruppen.

Es wird der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Durchschnitt dieser ASV-Ausgangsleistungsmengen berechnet.

5 Mehrfachinanspruchnahme

Für die Ermittlung einer möglichen Mehrfachinanspruchnahme werden ausschließlich die Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 4 Nr. 10 berücksichtigt. Eine Mehrfachinanspruchnahme liegt vor, wenn bei einem Quartalspatienten in den in Satz 1 genannten Behandlungsfällen eine der in der Datei MFIGOP_2K0100_001.csv genannten Gebührenordnungspositionen (ohne Berücksichtigung von Suffixen und unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 7.6) in einem Quartal durch mindestens zwei verschiedene Ärzte abgerechnet wird.

Für jede Gebührenordnungsposition eines Quartalspatienten, für die eine Mehrfachinanspruchnahme festgestellt wird, wird anschließend unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 d)

- 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 über alle Gebührenordnungspositionen in der Datei MFIGOP_2K0100_001.csv ergibt den bundeseinheitlichen Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme.

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

Das Institut des Bewertungsausschusses hat zur Vorbereitung der Bestimmung des Umrechnungsfaktors von §-116b-SGB-V-(alt)-Patienten zu §-116b-SGB-V-(neu)-Patienten keine Analysen durchgeführt.

7 Datengrundlage für die Analysen

7.1 Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“)

Datengrundlage für die Ermittlung der ASV-Leistungsmenge ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechender Folgebeschlüsse erhoben wurde. Hierbei werden Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand der Qualitätssicherung berücksichtigt. Eingeschlossen wird zudem die arztbezogene Ergänzung für das in der jeweiligen Anlage genannte Jahr gemäß Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 bzw. entsprechender Folgebeschlüsse. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden in der Geburtstagsstichprobe auch die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung bzw. entsprechender Folgebeschlüsse erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand der Qualitätssicherung einbezogen. 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 dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für das in der jeweiligen Anlage genannte Jahr herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. 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.

7.2 Analysezeitraum

Die Berechnungen erfolgen grundsätzlich auf Basis der einzelnen Quartale des Jahres 2015. Sofern nicht anders beschrieben, ist stets die Euro-Gebührenordnung des Jahres 2015 gemeint, wenn von der Euro-Gebührenordnung gesprochen wird.

7.3 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 zum in der jeweiligen Anlage genannten Stand 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), Perso-

nenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

7.4 Bestimmung und Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn er mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Abschnitt 7.1 aufweist. Nimmt ein Versicherter in mindestens einem Quartal des Analysejahres gemäß Abschnitt 7.2 an einem Selektivvertrag teil, dann wird er von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen und im Rahmen der demografischen Hochrechnung auf die KM6-Statistik berücksichtigt.

7.5 Ausschluss von Personen mit Kostenübernahme

Von den weiteren Berechnungen werden diejenigen Personen ausgeschlossen, die in mindestens einem Datensatz zu irgendeinem Zeitpunkt des Analysejahres 2015 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.

7.6 Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Für die Abgrenzung der Leistungsmenge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die ARZTRG87aREG-Daten mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal 2/2017 verwendet. Die ARZTRG87aREG-Daten des Abrechnungsquartals 2/2017 werden dabei um Gebührenordnungspositionen des Jahres 2015 ergänzt, die vom Leistungsinhalt mit einer Gebührenordnungsposition des Abrechnungsquartals 2/2017 identisch sind (siehe Datei MGVERWEITERUNG_2K0100_001.csv).

7.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Für die Versicherten in der Geburtstagsstichprobe 2015 werden unter Berücksichtigung von Abschnitt 7.3, Abschnitt 7.4 und Abschnitt 7.5 quartals-, KV-, alters- und geschlechtsspezifische 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 differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppe, Quartal und Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt. $N_{AG,KV,Quartal}$

steht für die entsprechende Zahl der Versicherten in der Grundgesamtheit der Versicherten. Dieser Wert errechnet sich wie folgt aus den Daten der ANZVER- und KM6-Statistiken:

$$N_{AG,KV,Quartal} = \frac{\text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}} \cdot \text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{KV,Quartal}$$

8 Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

8.1 Allgemeine Festlegungen

Zur Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors erfolgt gemäß nachfolgenden Vorgaben ein Vergleich der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge (im Folgenden ASV-MMF-Leistungsmenge) der Quartalspatienten und der Vergleichsversicherten.

8.1.1 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 der Datei AUFGRIFF_2K0100_001.csv genannten Diagnosen.
2. In diesem Quartal findet sich in den Daten für den Versicherten keine der in der Datei ASSOZIIERTEICD_2K0100_001.csv genannten Diagnosen einer assoziierten Erkrankung. Dabei werden die ICD-Kodes H52.0, H52.1 und H52.2 nur dann als assoziierte Erkrankung berücksichtigt, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Kodes im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten kodiert wurden; der ICD-Kode I10.90 wird nur dann als assoziierte Erkrankung berücksichtigt, wenn im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Kode des ICD-Kapitels IX kodiert wurde.
3. In diesem Quartal ist der Appendix-MGV-Leistungsbedarf gemäß Abschnitt [8.1.2](#) größer als null.

8.1.2 Ermittlung der ASV-MMF-Leistungsmenge

Die ASV-MMF-Leistungsmenge wird unter Berücksichtigung

1. der jeweiligen Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt [2](#) Nr. 1 a),
2. der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt [2](#) Nr. 1 d),

3. der Appendix-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 b),
4. der jeweiligen MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 c),
5. der jeweiligen Grundpauschalen gemäß Abschnitt 4 Nr. 5,
6. des Umgangs mit jeweiligen neuen und modifizierten Leistungen im Appendix gemäß Abschnitt 4 Nr. 6,
7. der Zuschlags-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4 Nr. 7,
8. von Bewertungseffekten gemäß Abschnitt 4 Nr. 8,
9. des Ausschlusses der Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322,
10. von Höchstwert-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4 Nr. 9

quartalsweise ermittelt.

8.1.3 Ermittlung des bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

Die in den Abschnitten 8.2 und 8.3 näher beschriebenen Verfahren spielen den Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 Versicherte aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Nr. 8.1.1 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 die mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete durchschnittliche ASV-MMF-Leistungsmenge gemäß Abschnitt 8.1.2 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 gesetzt und so der multimorbiditätsbedingte Anpassungsfaktor (MMF) bestimmt:

$$MMF = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n LB_i^{VV} \cdot DHF_i}{\sum_{i=1}^n LB_i \cdot DHF_i}$$

8.2 Verfahren auf Basis des Risikowertes

8.2.1 Klassifikation und MGV-Abgrenzung zur Ermittlung der Kostengewichte

Für alle Versicherten werden unter Verwendung des in der jeweiligen Anlage genannten Klassifikationssystems 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 verbliebenem Versicherten gemäß Abschnitt 2.2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 bzw. entsprechender Folgebeschlüsse auf Quartalsebene.

8.2.2 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 in der jeweiligen Anlage genannten Klassifikationssystems, einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen. Eventuell auftretende negative oder insignifikante ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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 $p\text{-Wert}$ gleich null setzen (dazu vorläufige $p\text{-Werte}$ 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.

8.2.3 Bestimmung der ökonomisch relevanten CCs

Für jeden Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 werden erneut unter Verwendung des Klassifikationssystems z11a quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) bestimmt, wobei die in der Datei AUFGRIF_2K0100_001.csv genannten Abgrenzungs-Diagnosen sowie die in der Datei ASSOZIERTEICD_2K0100_001.csv genannten Diagnosen von assoziierten Erkrankungen unter Berücksichtigung folgender Bedingungen zuvor ausgeschlossen werden: Die ICD-Kodes H52.0, H52.1 und H52.2 werden nur dann ausgeschlossen, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Kodes im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten kodiert wurden; der ICD-Kode I10.90 wird nur ausgeschlossen, wenn im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Kode des ICD-Kapitels IX kodiert 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 8.2.2 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.

8.2.4 Ermittlung von Risikowerten

Für jeden potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1 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 8.2.1 bestimmt wird.

Abweichend hiervon wird der quartalsweise Risikowert von Quartalspatienten gemäß Ab-

schnitt 2 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 8.2.3 Satz 1 und Satz 2 ermittelt wird.

8.2.5 Matching-Verfahren

Zu jedem Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 werden Versicherte aus der Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1 zugeordnet, die

- der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe nach Bestimmung gemäß Abschnitt 8.2.4 angehören,
- die gleiche Ausprägung der TOP-10-CC nach Bestimmung der unkomprimierten Risikokategorien gemäß Abschnitt 8.2.4 aufweisen und
- deren Risikowert nach Ermittlung gemäß Abschnitt 8.2.4 nicht weiter als ein Prozent vom Risikowert des jeweiligen Quartalspatienten abweicht.

Jeder potenzielle Vergleichsversicherte gemäß Abschnitt 8.1.1 kann in diesem Matching-Verfahren mehr als einem Quartalspatienten zugeordnet werden.

8.3 Verfahren auf Basis des Propensity Scores

8.3.1 Bestimmung der Menge der möglichen Kovariate

Für alle Versicherten werden unter Verwendung des Klassifikationssystems z11a 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 vom Klassifikationssystem z11a werden die in der Datei AUFGRIFF_2K0100_001.csv genannten Diagnosen sowie die in der Datei ASSOZIIERTEICD_2K0100_001.csv genannten Diagnosen von assoziierten Erkrankungen bei der Bestimmung der CCs unter Berücksichtigung folgender Bedingungen ausgeschlossen: Die ICD-Kodes H52.0, H52.1 und H52.2 werden nur dann ausgeschlossen, wenn mindestens zwei dieser drei ICD-Kodes im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten kodiert wurden; der ICD-Kode I10.90 wird nur ausgeschlossen, wenn im Analysejahr 2015 bei dem Versicherten mindestens eine weitere Diagnose mit einem ICD-Kode des ICD-Kapitels IX kodiert wurde.

Für alle Versicherten wird daneben die Altersgruppe bestimmt, wobei die Altersgruppen genauso abgegrenzt werden wie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) im Klassifikationssystem z11a.

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 8.3.3.

8.3.2 Auswahl der Kovariate

Die Auswahl der tatsächlich in Abschnitt 8.3.3 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 2 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1. 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 8.3.3.

8.3.3 Bestimmung der Propensity Scores

Wie in Abschnitt 8.3.2 bilden die Daten der Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1 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 8.3.2 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).

8.3.4 Matching-Verfahren

Auf Basis der Propensity Scores gemäß Abschnitt 8.3.3 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 8.1.3 und bleibt im Matching unberücksichtigt.

Das Zuspielen 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

9 Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen bei Unterschreitung der Mindestanzahl von Quartalspatienten

Zur Vorbereitung der Festlegung der Mindestanzahl von Quartalspatienten in einem KV-Bezirk, unterhalb derer gemäß Nr. 2.4 lit. h des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) anstelle von KV-spezifischen der bundesdurchschnittliche ASV-Fallwert vorgegeben wird, werden zusätzlich zur ASV-Ausgangsleistungsmenge gemäß Abschnitt 3 weitere Maßzahlen wie Stichprobengrößen, Varianz und Standardfehler der ASV-Ausgangsleistungsmenge berechnet.

10 Ermittlung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Patientenzahl-Höchstwert)

Gemäß Nr. 4.4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ist die Zahl der Patienten, für die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Indikation Marfan-Syndrom (MFS) bereinigt werden soll, durch einen Patientenzahl-Höchstwert begrenzt. Dieser Höchstwert wird wie folgt errechnet: Anzahl der Quartalspatienten im Analysejahr, unter Berücksichtigung der Festlegungen gemäß Abschnitt 2 und ggf. der Abschnitte 3 und 4 je Quartal und KV-Bezirk, geteilt durch vier (Anzahl der Quartale des Analysejahres).

11 Beschreibung der Berechnungsvarianten

Das Institut des Bewertungsausschusses hat die durchschnittliche indikations- und KV-spezifische ASV-Leistungsmenge je Patient in Punkten gemäß Abschnitt 3 in acht Berechnungsvarianten ermittelt. In Tabelle 1 findet sich ein Überblick über die verwendeten Bestandteile bzw. Festlegungen für jede der Varianten. Einheitlich wird in allen acht Varianten ein Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme (gemäß Abschnitt 5) berücksichtigt. Im Folgenden werden die Berechnungsvarianten 1 und 8 näher beschrieben, da diese beiden Varianten in die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses einfließen.

Berechnungsvariante 1

- Ermittlung der ASV-Ausgangsleistungsmenge (gemäß Abschnitt 4) unter Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in *voller* Höhe (gemäß Abschnitt 4 Nr. 5 Variante 1) sowie der Zuschlags-Gebührenordnungspositionen (gemäß Abschnitt 4 Nr. 7 Variante 1).
- Verwendung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors auf Basis des Risikowertes (gemäß Abschnitt 8.2) unter Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in *voller* Höhe (gemäß Abschnitt 4 Nr. 5 Variante 1).

Berechnungsvariante 8

- Ermittlung der ASV-Ausgangsleistungsmenge (gemäß Abschnitt 4) unter Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in *halber* Höhe (gemäß Abschnitt 4 Nr. 5 Variante 2) und ohne Berücksichtigung der Zuschlags-Gebührenordnungspositionen (gemäß Abschnitt 4 Nr. 7 Variante 2).
- Verwendung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors auf Basis des Propensity Scores (gemäß Abschnitt 8.3) unter Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in *halber* Höhe (gemäß Abschnitt 4 Nr. 5 Variante 2).

12 Ergebnisse

12.1 Ergebnisse der Berechnungsvarianten

Die Tabellen 2 und 3 berichten die Berechnungsergebnisse mit der höchsten ASV-Leistungsmenge und der niedrigsten ASV-Leistungsmenge auf Bundesebene (Berechnungsvariante 1 und 8). Neben den durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Leistungsmengen gemäß Abschnitt 3 und den für die jeweilige Berechnungsvariante verwendeten

Tabelle 1: Übersicht der verschiedenen Berechnungsvarianten (MFS)

	Berechnungsvarianten							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Abschnitt 4: ASV-Ausgangsleistungsmenge								
- Grundpauschalen								
Variante 1: Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in <i>voller</i> Höhe (Variante 1)	x	x			x	x		
Variante 2: Berücksichtigung der Bewertung der im Appendix genannten Grundpauschalen in <i>halber</i> Höhe (Variante 2)			x	x			x	x
- Zuschläge zu Gebührenordnungspositionen								
Variante 1: Berücksichtigung von Zuschlägen (Variante 1)	x		x		x		x	
Variante 2: Nichtberücksichtigung von Zuschlägen (Variante 2)		x		x		x		x
Abschnitt 8: Multimorbiditätsbedingter Anpassungsfaktor								
Abschnitt 8.2: auf Basis des Risikowertes	x	x	x	x				
Abschnitt 8.3: auf Basis des Propensity Scores						x	x	x

- durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4) und
 - dem Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme (gemäß Abschnitt 5) und
 - dem multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor (MMF, gemäß den Abschnitten 8.2 bzw. 8.3) und
 - den durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Leistungsmengen für modifizierte Leistungen (gemäß Abschnitt 4 Nr. 6)
- werden zusätzlich gemäß Abschnitt 9
- die Anzahl der Quartalspatienten (Stichprobengröße)
 - die Varianz der KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4)
 - der Standardfehler des Durchschnitts der KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4)

berichtet.

Tabelle 2: Ergebnisse der Berechnungsvariante 1 (MFS)

Nr.	KV	ASV-Ausgangsleistungsmenge (in Punkten)					nachrichtlich:			
		ohne mod. Leistungen (1)	Zuschlag 04040 (2)	mod. Leistungen (3)	Mehrfachinanspruchnahme (4)	MMF (5)	ASV-Leistungsmenge (in Punkten) (6)	Anzahl Quartalspatienten (7)	Varianz von Spalte (1) Spalte (8)	Standardfehler von Spalte (1) Spalte (1)
01	Schleswig-Holstein	1 023	28	11	14	0,4791	508	87	723 446	91
02	Hamburg	1 017	22	16	14	0,4791	507	84	1 794 507	146
03	Bremen	2 075	10	5	14	0,4791	997	31	49 783 448	1 267
17	Niedersachsen	1 236	15	9	14	0,4791	602	347	8 803 099	159
20	Westfalen-Lippe	1 923	25	12	14	0,4791	939	265	38 412 926	381
38	Nordrhein	1 302	18	10	14	0,4791	636	303	18 377 417	246
46	Hessen	2 234	11	11	14	0,4791	1 080	137	45 697 026	578
51	Rheinland-Pfalz	1 933	14	8	14	0,4791	934	108	41 922 947	623
52	Baden-Württemberg	1 986	11	11	14	0,4791	961	275	39 251 733	378
71	Bayerns	1 902	10	10	14	0,4791	919	392	32 652 026	289
72	Berlin	1 176	29	14	14	0,4791	585	132	12 553 129	308
73	Saarland	831	0	9	14	0,4791	400	15	724 390	220
78	Mecklenburg-Vorpommern	1 116	28	12	14	0,4791	553	66	7 261 152	332
83	Brandenburg	1 877	9	11	14	0,4791	908	98	40 225 795	641
88	Sachsen-Anhalt	1 927	17	12	14	0,4791	937	111	30 964 743	528
93	Thüringen	4 244	11	15	14	0,4791	2 047	83	109 468 651	1 148
98	Sachsen	4 808	26	11	14	0,4791	2 320	169	130 613 898	879
99	BUND	1 918	17	11	14	0,4791	931	2 703	36 089 807	116

Tabelle 3: Ergebnisse der Berechnungsvariante 8 (MFS)

Nr.	KV	ASV-Ausgangsleistungsmenge (in Punkten)						nachrichtlich:		
		ohne mod. Leistungen (1)	Zuschlag 04040 (2)	mod. Leistungen (3)	Mehrfach- inanspruch- nahme (4)	MMF (5)	ASV-Leistungs- menge (in Punkten) (6)	Anzahl Quartals- patienten (7)	Varianz von Spalte (1) (8)	Standard- fehler von Spalte (1) (1)
01	Schleswig-Holstein	934	28	11	14	0,4280	405	87	661 731	87
02	Hamburg	936	22	16	14	0,4280	411	84	1 761 731	145
03	Bremen	1 982	10	5	14	0,4280	847	31	50 006 179	1 270
17	Niedersachsen	1 146	15	9	14	0,4280	493	347	8 797 457	159
20	Westfalen-Lippe	1 850	25	12	14	0,4280	798	265	38 521 627	381
38	Nordrhein	1 229	18	10	14	0,4280	530	303	18 369 865	246
46	Hessen	2 153	11	11	14	0,4280	926	137	45 720 884	578
51	Rheinland-Pfalz	1 873	14	8	14	0,4280	804	108	42 026 942	624
52	Baden-Württemberg	1 926	11	11	14	0,4280	829	275	39 353 432	378
71	Bayerns	1 830	10	10	14	0,4280	787	392	32 673 203	289
72	Berlin	1 115	29	14	14	0,4280	485	132	12 552 828	308
73	Saarland	817	0	9	14	0,4280	353	15	717 722	219
78	Mecklenburg-Vorpommern	1 047	28	12	14	0,4280	454	66	7 279 999	332
83	Brandenburg	1 833	9	11	14	0,4280	790	98	40 208 946	641
88	Sachsen-Anhalt	1 841	17	12	14	0,4280	794	111	30 979 418	528
93	Thüringen	4 204	11	15	14	0,4280	1 808	83	109 719 916	1 150
98	Sachsen	4 756	26	11	14	0,4280	2 041	169	130 939 982	880
99	BUND	1 848	17	11	14	0,4280	796	2 703	36 160 512	116

12.2 Beschlossene ASV-Fallwerte

Die Ergebnisse aus den Berechnungsvarianten mit der höchsten und niedrigsten ASV-Leistungsmenge auf Bundesebene werden aufsummiert und der Durchschnitt daraus ermittelt. Die vom Bewertungsausschuss in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Werte sind Mittelwerte der in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten Werte einerseits und der damaligen vom Bewertungsausschusses in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 beschlossenen Werten andererseits. Für die Zuordnung, ob der KV-spezifische oder der bundesdurchschnittliche ASV-Fallwert anzuwenden ist, ist die bei der erstmaligen Bestimmung des ASV-Fallwertes verwendete Zuordnung beibehalten worden.

Auf der Grundlage der beschriebenen Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses hat der Bewertungsausschuss die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Marfan-Syndrom (MFS) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vorgegeben:

Tabelle 4: Beschlossene ASV-Fallwerte (MFS)

Nr.	KV	ASV-Fallwert in Punkten
01	Schleswig-Holstein	981
02	Hamburg	981
03	Bremen	981
17	Niedersachsen	981
20	Westfalen-Lippe	981
38	Nordrhein	981
46	Hessen	981
51	Rheinland-Pfalz	981
52	Baden-Württemberg	981
71	Bayerns	981
72	Berlin	981
73	Saarland	981
78	Mecklenburg-Vorpommern	981
83	Brandenburg	981
88	Sachsen-Anhalt	981
93	Thüringen	981
98	Sachsen	981

12.3 Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte

Auf der Grundlage der in Abschnitt 10 beschriebenen Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses hat der Bewertungsausschuss die verbindlich zu verwendenden Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk vorgegeben:

Tabelle 5: Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte (MFS)

Nr.	KV	Patienten
01	Schleswig-Holstein	94
02	Hamburg	91
03	Bremen	33
17	Niedersachsen	370
20	Westfalen-Lippe	291
38	Nordrhein	321
46	Hessen	148
51	Rheinland-Pfalz	114
52	Baden-Württemberg	363
71	Bayerns	449
72	Berlin	143
73	Saarland	16
78	Mecklenburg-Vorpommern	70
83	Brandenburg	105
88	Sachsen-Anhalt	118
93	Thüringen	88
98	Sachsen	180