

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 394. 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. April 2017

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 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.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) angepasst. Die vorliegenden Berechnungsvorgaben berücksichtigen nun diese Änderungen am EBM.

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), 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), unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung am 15. März 2016 erhoben wurde, einschließlich der arztbezogenen Ergänzung für das Jahr 2014 gemäß Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden auch die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung am 15. März 2016 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 Stand 15. März 2016 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für das Jahr 2014 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.

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 Abrechnungsquartal 2/2016 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 2014 (Analysejahr). Sofern nicht anders beschrieben, ist im vorliegenden Beschluss stets die Euro-Gebührenordnung des Jahres 2014 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: 4. Januar 2016) 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

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn dieser Versicherte mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Abschnitt 1.1 aufweist. 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 gemäß den in Abschnitt 1.2 genannten Daten innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet worden sind. Diese Zuordnung von Leistungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird wie folgt ergänzt: Wenn die Gebührenordnungsposition 11233 im Quartal 2/2016 gemäß den in Abschnitt 1.2 genannten Daten innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet worden ist, wird auch die Gebührenordnungsposition 11232 der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet.

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 (1,82 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 Rahmen der Berechnungen berücksichtigt.

Variante 2:

Die nicht im Appendix genannte Gebührenordnungsposition 04040 wird im Rahmen der Berechnungen nicht berücksichtigt.

2.12 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

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. Entsprechend den Anpassungen von Kapitel 11 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 1. Juli 2016 werden die Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes je ASV-Patient und Jahr nur bis zu einem Höchstwert von 38.964 Punkten berücksichtigt. Wenn dieser Höchstwert erreicht wird, dann wird das jeweilige Punktzahlvolumen des Quartalspatienten mit einem Faktor multipliziert; dieser Faktor ist der Quotient von Höchstwert und abgerechneter Leistungsmenge.

Die Gebührenordnungsposition 32097 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wird mit der ab 1. Oktober 2016 geltenden Bewertung in Höhe 19,40 Euro 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 (unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7) abrechnet, wird eine der in Tabelle 1 der Anlage aufgeführten Diagnosen (unter ausschließlicher Berücksichtigung von Diagnosen mit den Zusätzen Verdachts- oder gesicherte Diagnose) kodiert.

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 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 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 genannten Behandlungsfällen eine der folgenden Gebührenordnungspositionen (ohne Berücksichtigung von Suffixen und unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2.7) 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
9. unter Ausschluss der Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322

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 gesetzt und so der multimorbiditätsbedingte Anpassungsfaktor (MMF) bestimmt:

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

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 z09a 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 auf Quartals-ebene.

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 z09a, 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 z09a 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 z09a 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 z09a 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 z09a.

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 Scores 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 (Caliper), 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 383. Sitzung am 21. September 2016 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 383. 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-Patienten zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten

Der Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V-Patienten 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 383. Sitzung am 21. September 2016 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, die der MGV zugeordnet werden, 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 Instituts 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-Bereignungsberechnungen bis zum 15. Mai 2017 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 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Festlegungen zu indikationsspezifischen 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

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), sofern eine GOP aus Kapitel 11 des EBM abgerechnet wird AbrGr 9307 (arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend), sofern eine GOP aus Kapitel 11 des EBM abgerechnet wird
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)

<p>Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut</p> <p>Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut</p>	<p>AbrGr 2211 (Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie)</p> <p>AbrGr 2201 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie)</p> <p>AbrGr 2202 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)</p> <p>AbrGr 2212 (Ärztliche Psychotherapeuten)</p> <p>AbrGr 2301 (Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie)</p> <p>AbrGr 2302 (Psychologische Psychotherapeuten)</p> <p>AbrGr 2303 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie)</p> <p>AbrGr 2304 (Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten)</p>
<p>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</p>	<p>AbrGr 1401 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)</p>
<p>Radiologie</p>	<p>AbrGr 2401 (Radiologie)</p>

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
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 Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	58, 60, 61, 68, 69
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
Radiologie	62