

Entscheidungserhebliche Gründe

zum 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

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 einen Beschluss gefasst, der Vorgaben macht für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V. Gemäß diesem Beschluss hat der Bewertungsausschuss in seiner 366. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) die Berechnungsvorgaben zur Ermittlung für die Indikation *Marfan-Syndrom* beschlossen und in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient für diese Indikation vorgegeben.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 den Beschluss mit Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V neu gefasst. Dieser neu gefasste Beschluss sieht unter anderem in Nr. 4 vor, dass der Bewertungsausschuss bei gegebenem Anlass die Berechnungsvorgaben und die Bereinigungsbeträge anpasst. Als Anlass wird unter anderem die Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) genannt.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben für die Indikation *Marfan-Syndrom* aufgrund der Änderung des EBM durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 angepasst. Für diese Neuberechnung wird die aktuell verfügbare Datengrundlage des Jahres 2014 verwendet.

2. Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss legt in Abschnitt 1 die für die Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmenge zu verwendende Datengrundlage fest.

Im Abschnitt 2 finden sich Festlegungen, die für alle folgenden Berechnungsschritte relevant sind und daher vorab getroffen werden.

Abschnitt 3 bestimmt die konkrete Strategie zur Identifikation derjenigen Versicherten in den vorliegenden Abrechnungsdaten, die am Marfan-Syndrom erkrankt gewesen und in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund dieser Erkrankung zumindest teilweise behandelt worden sind.

Abschnitt 4 macht Vorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten.

Abschnitt 5 legt fest, wie ein Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme nach dem vorliegenden Beschluss zu ermitteln ist.

Abschnitt 6 spezifiziert zwei mögliche Verfahren zur Messung des Einflusses von Komorbiditäten. Ziel des Verfahrens ist die Bestimmung des Anteils an der historischen Leistungsmenge, der als durch die Indikation verursacht angesehen werden kann (multimorbiditätsbedingter Anpassungsfaktor).

Abschnitt 7 beschreibt das Zusammenführen der Ergebnisse aus den Abschnitten 4, 5 und 6 zu einer durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen sowie bundesdurchschnittlichen historischen Leistungsmenge je Patient.

Da die Zahl der an der Indikation erkrankten Versicherten auf Ebene des KV-Bezirks in den vorliegenden ärztlichen Abrechnungsdaten zum Teil sehr klein sein kann und aufgrund dessen die auf KV-Ebene ermittelten Werte statistisch sehr ungenau sein können, sollen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 383. Sitzung ggf. Ersatzwerte vom Bewertungsausschuss beschlossen werden. In Abschnitt 8 wird festgelegt, welche Maßzahlen zur Vorbereitung dieser Entscheidung neben der KV-spezifischen und der bundesweiten durchschnittlichen historischen Leistungsmenge je Patient ermittelt werden sollen.

Abschnitt 9 benennt den anzuwendenden Umrechnungsfaktor von §-116b-(alt)-SGB-V-Patienten zu §-116b-(neu)-SGB-V-Patienten nach diesem Beschluss.

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

In Abschnitt 11 wird das Institut des Bewertungsausschusses mit der Durchführung der Berechnungen beauftragt.

3. Regelungsinhalte

3.1 Datengrundlage

Im Abschnitt 1 werden die für die Berechnungen zu verwendenden Datengrundlagen festgelegt.

3.2 Analysezeitraum

In Abschnitt 2.1 wird festgelegt, dass alle vier Quartale des Jahres 2014 zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmenge zu verwenden sind. Hierbei handelt es sich um die vier aktuellsten Quartale der Geburtstagsstichprobe, die dem Institut des Bewertungsausschusses zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vorliegen.

3.3 Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken

Die in Abschnitt 2.2 geregelte Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken dient der quartals- und KV-spezifischen Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen. Grundsätzlich soll einem Versicherten dabei der KV-Bezirk zugeordnet werden, in dem dieser in dem entsprechenden Quartal seinen Wohnort hatte. Der beschriebene Algorithmus legt diese Zuordnung eindeutig fest.

3.4 Bestimmung und Ausschluss von Teilnehmern an Selektivverträgen

Abschnitt 2.3 legt fest, wie Selektivvertragsteilnehmer in der Datengrundlage identifiziert werden und wie diese bei der Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen historischen Leistungsmenge auszuschließen sind. Dieser Ausschluss ist notwendig, da davon auszugehen ist, dass bei diesem Versichertenkollektiv keine vollständige Dokumentation der Diagnosen vorliegt.

3.5 ICD-Codes zur Identifikation der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

Abschnitt 2.4 legt fest, welche ICD-Codes zur Identifizierung eines am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten genutzt werden. Hierbei wird die Liste von ICD-Codes verwendet, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in Anlage 2k der

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V bestimmt hat.

3.6 Arztgruppenzuordnung

Abschnitt 2.5 legt fest, wie die in der Anlage 2k der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführten Arztgruppen den Abrechnungsgruppen in der Datengrundlage zugeordnet werden. Diese Zuordnung ist notwendig, da die im Appendix aufgeführten Arztgruppen auf Grundlage der in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definierten Gebietsbezeichnungen sowie Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen festgelegt wurden und so nicht in der zu verwendenden Datengrundlage vorhanden sind.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Appendix-Leistungsmenge wird von Ärzten erbracht, die der arztgruppenübergreifenden Abrechnungsgruppe (9306) oder der versorgungsbereichsübergreifenden Abrechnungsgruppe (9307) zugeordnet wurden. Weitergehende Analysen haben gezeigt, dass es sich hierbei insbesondere um Ärzte handelt, die humangenetische Leistungen abgerechnet haben. Ärzte mit den Abrechnungsgruppen 9306 und 9307, welche Leistungen aus Kapitel 11 des EBM abrechnen, werden daher für die Berechnungen der Abrechnungsgruppe der Humangenetiker (Abrechnungsgruppe 1101) gleichgestellt.

3.7 Arztgruppenspezifität

Abschnitt 2.6 legt fest, welche Leistungen von welchen Abrechnungsgruppen bei der Ermittlung des Appendix-Leistungsbedarfs berücksichtigt werden.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass Leistungen außerhalb der Kapitel 1, 2 und 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes des Appendix in den historischen Abrechnungsdaten auch von einem Arzt erbracht wurden, dessen Arztgruppe diese Leistungen innerhalb der ASV nicht abrechnen kann. Da diese Leistungen zukünftig zu einem Arzt einer gemäß Appendix zum Behandlungsumfang zugeordneten Arztgruppe verlagert werden, ist davon auszugehen, dass diese Leistungen für einen von einem ASV-Team behandelten Patienten im Kollektivvertrag für die ASV-Indikation nicht mehr erbracht werden. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist um diese verlagerten Leistungen zu bereinigen.

3.8 MGV-Abgrenzung

Abschnitt 2.7 regelt die zu nutzende MGV-Abgrenzung. Es wird darauf eingegangen, dass die MGV-Abgrenzung des Quartals 2/2016 um die die Gebührenordnungsposition 11232 erweitert wird, wenn die Gebührenordnungsposition 11233 in Quartal 2/2016 der MGV zugeordnet wurde. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ersetzt die Gebührenordnungsposition 11233 die Gebührenordnungsposition 11232. Folglich sind beide Gebührenordnungspositionen vom Leistungsinhalt vergleichbar. Durch die Erweiterung der MGV-Abgrenzung um die Gebührenordnungsposition 11232 wird die MGV-Relevanz des entsprechenden Leistungsinhalts im Quartal 2/2016 berücksichtigt.

3.9 Berücksichtigung von Pseudo-Ziffern

Abschnitt 2.8 legt fest, dass regional vereinbarte Gebührenordnungspositionen (Pseudo-Ziffern) nicht berücksichtigt werden. Begründet ist dieses Vorgehen durch eine fehlende Übersetzung der Pseudo-Ziffern zu Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der Datengrundlage.

3.10 Berücksichtigung von Grundpauschalen

Abschnitt 2.9 legt fest, dass bei der Berücksichtigung von Grundpauschalen zwei Varianten gerechnet werden, die von unterschiedlichen Annahmen ausgehen.

1. In Variante 1 werden Grundpauschalen und Konsiliarpauschalen in voller Höhe gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt. Es ist hiermit die Annahme verbunden, dass die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen und Konsiliarpauschalen für die Behandlung der ASV-Indikation auch vollständig im Rahmen der ASV-Behandlung erbracht werden.
2. In Variante 2 werden die im Appendix aufgeführten Grundpauschalen zu 50 v. H. und Konsiliarpauschalen in voller Höhe berücksichtigt. Hiermit ist die Annahme verbunden, dass auch weiterhin Teilleistungen von Grundpauschalen für die Behandlung der ASV-Indikation lediglich im Kollektivvertrag erbracht werden. Grundpauschalen umfassen den gesamten Behandlungsumfang der fachärztlichen Grundversorgung. Nicht alle spezifischen Teilleistungen gehören zum Behandlungsumfang in der ASV. Da die Teilleistungsmenge für jede Arztgruppe unterschiedlich sein kann, ist diese aufwendig zu bestimmen und die genaue Festlegung noch nicht abgeschlossen. Deshalb erfolgt vorerst eine normative Festlegung auf einen anzunehmenden Durchschnittswert.

3.11 Berücksichtigung von neuen und modifizierten Leistungen im Appendix

Abschnitt 2.10 regelt den Umgang mit weiteren zu berücksichtigenden Leistungen, die nicht Bestandteil von Abschnitt 1 des Appendix sind. Bei der ASV-Behandlung durch einen hinzuzuziehenden Arzt wird keine Grundpauschale, sondern eine Konsultationspauschale abgerechnet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in den historischen Daten bei der Behandlung eines Quartalspatienten von einem Arzt, dessen Arztgruppe in der ASV zu den Hinzuzuziehenden gehört, eine Grundpauschale anstatt einer Konsultationspauschale berechnet wurde. Daher wird festgelegt, dass die Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten in einer Höhe von 1,82 Euro berücksichtigt werden. Dieser Wert entspricht der Bewertung einer Konsultationspauschale im Jahr der Datengrundlage (2014). Zudem wird die Häufigkeit der Berücksichtigung der Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten je Arztgruppe und Quartalspatient auf eins begrenzt.

Da die Bewertung der Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale (Spaltlampenmikroskopie, Bestimmung des Visus, subjektive und objektive Refraktionsbestimmung, tonometrische Untersuchung, Beurteilung des zentralen Fundus, Gonioskopie, Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen, Kontrolle vorhandener Sehhilfen und/oder Messung der Akkommodationsbreite) noch nicht durch den ergänzten Bewertungsausschuss erfolgt ist, erfolgt für diese Leistung eine normative Festlegung. Es wird festgelegt, dass für hinzuzuziehende Ärzte der Arztgruppe Augenheilkunde anstatt des Wertes von 1,82 Euro für eine Grundpauschale ein Wert von 6,35 Euro für die Pauschale für Teilleistungen der augenärztlichen Grundpauschale berücksichtigt wird.

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

3.12 Berücksichtigung von Zuschlägen zu Gebührenordnungspositionen

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

1. In Variante 1 wird die nicht im Appendix enthaltene Gebührenordnungsposition 04040 gemäß Euro-Gebührenordnung berücksichtigt, da die Gebührenordnungsposition 04040 im Kollektivvertrag nicht mehr zugesetzt wird, wenn eine pädiatrische Versichertenpauschale aufgrund der Verlagerung in die ASV nicht mehr im Kollektivvertrag abgerechnet wird.

2. In Variante 2 wird die nicht im Appendix enthaltene Gebührenordnungsposition 04040 nicht berücksichtigt, da diese nicht Teil der Behandlung im Rahmen der ASV ist.

3.13 Berücksichtigung von Bewertungseffekten

Abschnitt 2.12 regelt die Berücksichtigung von folgenden Bewertungseffekten für humangenetische Leistungen, die Bestandteil des Appendix sind:

- Der Bewertungsausschuss hat in seiner 347. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Anmerkungen zur Bewertung der Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 jeweils ab der 21. abgerechneten Gebührenordnungsposition beschlossen. Diese Regelungen sind bereits bei den Berechnungen im Jahr 2015 berücksichtigt worden; sie werden hier weiterhin berücksichtigt.
- Darüber hinaus wird für die Gebührenordnungspositionen 11320, 11321 und 11322 der ab dem Quartal 3/2016 gültige Höchstwert von 38.964 Punkten angewendet. Dieser Höchstwert ist die maximale Abrechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 11444 bis 11448 sowie der Gebührenordnungsposition 11302 im Krankheitsfall gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016. Diese Regelung ist bei den Berechnungen im Jahr 2015 noch nicht berücksichtigt worden. Sie hat die neue Berechnung der Leistungsmengen erforderlich gemacht.

Zusätzlich wird in Abschnitt 2.12 eine veränderte Bewertung der Gebührenordnungsposition 32097 berücksichtigt.

3.14 Bestimmung der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten

In Abschnitt 3 wird das Vorgehen zur Identifikation von Versicherten bestimmt, die in einem Quartal des Analysejahres 2014 am Marfan-Syndrom erkrankt und in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt worden sind. Ein solcher sogenannter Quartalspatient zeichnet sich dadurch aus, dass er in einem Behandlungsfall im Quartal neben einer Diagnose „Marfan-Syndrom“ mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ auch noch von einem Arzt behandelt worden ist, dessen Arztgruppe grundsätzlich berechtigt ist, innerhalb der ASV bei dieser Indikation Leistungen abzurechnen.

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

Abschnitt 4 beschreibt, wie die durchschnittliche historische Leistungsmenge je Versicherten der in Abschnitt 3 bestimmten Quartalspatienten sowohl auf Ebene des KV-Bezirks als auch für ganz Deutschland berechnet wird. Diese sogenannte historische Leistungsmenge ist die Menge der im Appendix aufgeführten Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden und von einem Arzt einer im Appendix genannten Arztgruppe in folgenden Behandlungsfällen erbracht wird:

- Behandlungsfälle, in denen eine Diagnose „Marfan-Syndrom“ mit Diagnosesicherheit „gesicherte Diagnose“ oder „Verdachtsdiagnose“ codiert wird.
- Behandlungsfälle mit Diagnose „UUU“, wenn in diesen Behandlungsfällen ein Arzt der Abrechnungsgruppen Laboratoriumsmedizin, Radiologie und Humangenetik mindestens eine Leistung abgerechnet hat. Durch die Arztgruppeneinschränkung bei den Behandlungsfällen mit Diagnose „UUU“ wird gewährleistet, dass keine Behandlungsfälle von weiteren Abrechnungsgruppen, die auch die Möglichkeit der Diagnosekodierung „UUU“ haben, berücksichtigt werden.

3.16 Mehrfachinanspruchnahme

In Abschnitt 5 wird ein Algorithmus zur Bestimmung des bundeseinheitlichen Abschlags für Mehrfachinanspruchnahme beschrieben. Dieser Abschlag wird vor dem Hintergrund ermittelt, dass davon ausgegangen werden kann, dass zumindest einige der Versicherten, die in der Zukunft wegen ihrer Erkrankung innerhalb der ASV behandelt werden, auch außerhalb der ASV ASV-Leistungen in Anspruch nehmen werden. Daher erscheint eine vollständige Bereinigung des Behandlungsbedarfs für die historische Leistungsmenge, die der Indikation zugeschrieben werden kann, für überhöht.

3.17 Vorgaben zur Bestimmung der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge der am Marfan-Syndrom erkrankten Versicherten und der Vergleichsversicherten zur Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

Abschnitt 6 des vorliegenden Beschlusses gibt die Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors vor. In Abschnitt 6.1 werden die grundlegenden Festlegungen bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors, welche der Bewertungsausschuss in 383. Sitzung am 21. September 2016 beschlossen hat, für die Indikation Marfan-Syndrom konkretisiert.

Ein zentrales Element bei der Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors ist die Auswahl der Vergleichspatienten für jeden Quartalspatienten (Matching). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 hierzu vorgegeben, dass als Vergleichspatienten für einen Quartalspatienten solche Versicherten ausgewählt werden, die nicht aufgrund einer in der jeweiligen Konkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschriebenen spezialfachärztlich behandelbaren oder ggf. einer damit regelhaft assoziierten Erkrankung behandelt wurden, aber der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe angehören und eine vergleichbare Morbidität aufweisen, und für die Appendix-GOPen von einer im Appendix aufgeführten Fachgruppe unter Beachtung der Fachgruppenspezifität abgerechnet wurden.

Zwei Verfahren werden gerechnet: das Verfahren auf Basis des Risikowertes (Abschnitt 6.2) und das Verfahren auf Basis des Propensity Scores (Abschnitt 6.3). Beide Verfahren stehen gleichrangig nebeneinander.

Für das Verfahren auf Basis des Risikowertes werden in einem ersten Schritt Kostengewichte ermittelt. Dazu werden zunächst quartalsweise die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) aller Versicherten auf Quartalsebene unter Verwendung des Klassifikationssystems z09a bestimmt. Die CC201 „Non-CW-CC“ wird hierbei ausgeschlossen, da diese CC von Diagnosen ausgelöst wird, die aus medizinischer Sicht keinen Leistungsbedarf innerhalb der MGV verursachen sollten.

Anschließend erfolgt die Ermittlung der Kostengewichte auf Grundlage eines multiplen linearen Regressionsmodells. Die unabhängige Variable ist dabei der quartalsweise morbiditätsbedingte Leistungsbedarf, der für diese Regression mit der bundeseinheitlichen Abgrenzung gemäß den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 bestimmt wird. Diese bundeseinheitliche Abgrenzung ist anzuwenden, da die ermittelten Kostengewichte bundeseinheitlich verwendet werden. Der nachgelagerte Kalibrierungsalgorithmus gewährleistet, dass negative und statistisch insignifikante Relativgewichte ausgeschlossen werden.

Für das Matching im Rahmen des Verfahrens auf Basis des Risikowertes müssen Quartalspatient und Vergleichspatient folgende Kriterien erfüllen: (1) Quartalspatient und Vergleichspatient müssen die gleichen AGGs und TOP-10-CCs aufweisen und (2) Quartalspatient und Vergleichspatient müssen einen ähnlichen Risikowert besitzen. Vor der Bestimmung der TOP-10-CCs und der Risikowerte der Quartalspatienten werden die Diagnosen für das Marfan-Syndrom sowie die assoziierten Diagnosen von den Quartalspatienten entfernt und anschließend unter Verwendung des Klassifikationssystems z09a die unkomprimierten Risikokategorien (CCs) der Quartalspatienten erneut bestimmt. Hierdurch wird

gewährleistet, dass die CCs der Quartalspatienten und die CCs der Vergleichspatienten durch ein gleiches Diagnosenspektrum ausgelöst werden und somit die Morbidität von Quartalspatienten und Vergleichspatienten (sowohl bei dem Kriterium der TOP-10-CCs als auch bei dem Kriterium Risikowert) vergleichbar ist.

Für das Verfahren auf Basis des Propensity Scores wird für alle Versicherten die Wahrscheinlichkeit geschätzt, an der Krankheit Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese Wahrscheinlichkeiten werden durch die gemäß dem Klassifikationssystem z09a bestimmten unkomprimierten Risikokategorien (CCs) sowie durch das Alter und das Geschlecht der Versicherten beschrieben. Versicherte sind in Bezug auf die Indikation Marfan-Syndrom in ihrer Morbiditätsstruktur vergleichbar, wenn sie vergleichbar hohe geschätzte Wahrscheinlichkeiten haben, am Marfan-Syndrom zu erkranken. Diese geschätzten Wahrscheinlichkeiten dienen entsprechend im Propensity-Score-Verfahren als Matching-Kriterium.

3.18 Bestimmung der durchschnittlichen indikationsspezifischen quartalsbezogenen historischen Leistungsmengen je Patient

In Abschnitt 7 wird beschrieben, wie die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische sowie bundesweite quartalsbezogene historische Leistungsmenge je Patient als Durchschnitt der historischen Leistungsbedarfe der Quartalspatienten abzüglich des ermittelten bundeseinheitlichen Abschlags für Parallelabrechnungen und der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2, multipliziert mit dem bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor sowie unter Zusetzung der Beträge gemäß Abschnitt 2.10 Sätze 1 und 2 bestimmt wird.

3.19 Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen

Es ist absehbar, dass die durchschnittliche historische Leistungsmenge je Versicherten in einigen KV-Bezirken auf nur einer sehr kleinen Zahl an Versicherten ermittelt werden wird. Zur Vorbereitung der Festlegung der Mindestanzahl von Quartalspatienten in einem KV-Bezirk, unterhalb derer gemäß Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 383. Sitzung anstelle einer KV-spezifischen die bundesdurchschnittliche historische Leistungsmenge je Patient ausgewiesen wird, soll neben diesen Durchschnitten weitere Maßzahlen ermittelt und berichtet werden. Dieses wird in Abschnitt 8 bestimmt.

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

Am Marfan-Syndrom erkrankte Patienten konnten schon vor der Neufassung von § 116b SGB V nach ebendiesem Paragraphen im Gesetz behandelt werden. Der Behandlungsbedarf soll gemäß dem Grundsatzbeschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 nicht für die Leistungsmenge der Versicherten bereinigt werden, die schon gemäß der alten Fassung von § 116b SGB V behandelt worden sind und die auch nach den neu formulierten Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses für diese Indikation hätten in der ASV behandelt werden können. Daher wird zum einen gemäß Nr. 7 im genannten Beschluss des Bewertungsausschusses einmalig die Zahl der Patienten festgestellt, die an der Indikation nach den Kriterien gemäß § 116b SGB V in seiner alten Fassung behandelt worden sind. Zum anderen soll diese Zahl mit einem Umrechnungsfaktor multipliziert werden, um zu ermitteln, wie viele dieser Patienten auch nach der Neufassung von § 116b SGB V und der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß diesem Paragraphen behandelt worden wären.

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

3.21 Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner

In Abschnitt 10 wird geregelt, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat. Dies dient den Gesamtvertragspartnern zur Begrenzung der Patientenzahlen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung Nr. 2 Ziffer 10.

3.22 Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

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

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 15. April 2017 in Kraft.