

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 zu Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die Indikation Marfan-Syndrom ab dem Bereinigungsquartal 1/2017 mit Wirkung zum 21. Juni 2017

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV) zu beschließen und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient den Gesamtvertragspartnern verbindlich mitzuteilen.

2. Regelungsinhalte

Die Präambel informiert darüber, dass die durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation *Marfan-Syndrom* vom Institut des Bewertungsausschusses auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu den indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben errechnet wurde.

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

In Abschnitt 2 werden auf Basis der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses und unter Abwägung der Plausibilität der einzelnen berechneten Varianten die durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vorgegeben. In den durchschnittlichen indikationsspezifischen historischen Leistungsmengen je Patient je Bezirk einer

Kassenärztlichen Vereinigung ist der bundeseinheitliche Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme sowie der bundeseinheitliche multimorbiditätsbedingte Anpassungsfaktor gemäß Abschnitt 5 und Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 394. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) berücksichtigt.

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

3. Inkrafttreten

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